

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock
Direktor: Prof. Dr. med. Attila Altiner

**Eine qualitative Analyse zur Kommunikation zwischen Hausarzt, Apotheker
und chronisch krankem Patient mit Polypharmazie**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von
Mona Carolin Koudmani, geb. am 08.01.1986 in Eckernförde
aus Hartenholm

Einreichung 15.06.2020
Verteidigung 18.05.2021

Dekan: Prof. Dr. med. univ. Emil Christian Reisinger

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Attila Altiner

2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Kropp

3. Gutachter: Prof. Dr. med. Christoph Heintze

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung.....	8
1 Einleitung.....	10
2 Stand der Forschung und Forschungsfrage.....	15
2.1 Stand der Forschung.....	15
2.2 Forschungsfrage.....	21
3 Methode und Material.....	22
3.1 Qualitative Sozialforschung.....	22
3.1.1 Methoden der qualitativen Sozialforschung.....	23
3.1.2 Das narrative Interview.....	24
3.1.3 Fokusgruppendifkussionen.....	25
3.1.4 Memo.....	25
3.2 Sampling.....	26
3.3 Durchführung der qualitativen Interviews.....	27
3.4 Durchführung der Fokusgruppendifkussionen.....	28
3.5 Samplebeschreibung.....	29
3.6 Datenanalyse.....	31
4 Ergebnisse.....	34
4.1 Polypharmazie aus Sicht der Patienten.....	34
4.1.1 Erfahrungen mit Polypharmazie.....	34
4.1.2 Die Rolle des Hausarztes.....	36
4.1.3 Die Rolle der Apotheke.....	37
4.1.4 Die Rolle der spezialisierten Fachärzte.....	39
4.2 Polypharmazie aus Sicht der Apotheker.....	42
4.2.1 Erfahrungen mit Patienten, die von Polypharmazie betroffen sind.....	42
4.2.2 Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Haus- und spezialisierten Fachärzten.....	46
4.3 Polypharmazie aus Sicht der Hausärzte.....	52

4.3.1 Herausforderungen und Probleme der Polypharmazie.....	52
4.3.2 Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten.....	55
4.3.3 Zusammenarbeit mit Apothekern.....	59
4.4 Zusammenfassung.....	63
5 Diskussion.....	66
5.1 Zusammenfassung und Vergleich zur bisherigen Forschung.....	66
5.2 Stärken und Schwächen der Studie.....	69
5.3 Implikationen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf.....	70
6 Thesen.....	72
7 Literatur.....	74
8 Anhang.....	81
8.1 Übersicht über die interviewten Patienten.....	81
8.2 Übersicht über die interviewten Apotheker.....	81
8.3 Übersicht über die interviewten Hausärzte.....	81
8.4 Selbstständigkeitserklärung.....	82
8.5 Danksagung.....	83
8.6 Lebenslauf.....	84

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Apotheker und Hausärzte.....	29
Tabelle 2: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Patienten.....	30
Tabelle 3: Darstellung der Kode- und Kategorienbildung.....	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Forschungsstrategien.....	23
Abbildung 2: Erfahrungen und Wünsche der interviewten Patienten, Apotheker und Hausärzte.....	65

Abkürzungsverzeichnis

ARMIN	Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen
FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus
FORTA	Fit for The Aged
HNO	Hals-Nasen-Ohren
MAI	Medication Appppriateness Index
PIM	Potentially Inappropriate Medication
PRISCUS	Potentially Inappropriate Medications in the Elderly
START	Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Person's Prescriptions
UKE	Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf
US	United States
USA	United States of America

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität führt in vielen Fällen zu Polypharmazie. Auf der individuellen Ebene stellt Polypharmazie sowohl Patienten als auch Ärzte und Apotheker vor vielfältige Herausforderungen. Der Zusammenarbeit von Hausärzten und Apothekern kommt daher im Zuge eines immer weiter voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels eine immer größere Bedeutung zu. Aus der Literatur wissen wir, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Patienten, Apothekern und Hausärzten positive patientenrelevante Outcomes beeinflussen kann. In Deutschland existieren bisher einige Initiativen, die genau diese schnittstellenrelevante Zusammenarbeit fördern wollen. Gleichzeitig ist aber nur wenig über die Qualität der Zusammenarbeit dieser drei Gruppen bekannt.

Untersuchungsgegenstand

Im Fokus dieser Untersuchung stehen die persönlichen Einstellungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen von multimorbiden Patienten, von Apothekern und von Hausärzten zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Detail wird untersucht, wie jede dieser drei Gruppen mit Polypharmazie umgeht und mit der jeweils anderen Gruppe kommuniziert beziehungsweise diese Kommunikation wahrnimmt.

Methodik

Insgesamt wurden 20 offene Interviews mit Patienten, Apothekern und Hausärzten sowie zwei Fokusgruppendifkussionen mit Apothekern und Hausärzten durchgeführt. Die offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen wurden digital aufgezeichnet, anschließend vollständig transkribiert und software-gestützt kodiert und analysiert.

Ergebnisse

In den durchgeführten offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen bestehen aus Sicht aller Beteiligten Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation

zwischen Patienten, Ärzten und Apothekern. Obwohl Patienten sich grundsätzlich mit ihrer medikamentösen Behandlung und den jeweiligen Erfahrungen mit Hausärzten und Apothekern zufrieden zeigten, empfanden sie dennoch die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Hausärzten als schwierig. Hier wünschten sie sich nach formellen und inhaltlichen Kriterien geregelte Absprachen. Die Ärzte schätzten zwar im Allgemeinen die Arbeit der Apotheker, nahmen jedoch aus empfundenem Zeitmangel und aufgrund der Vermutung, die Apotheker seien zu wenig klinisch versiert, selten Kontakt auf. Auch die Apotheker äußerten sich dahingehend, dass sie die Kommunikation zwischen ihnen und den Ärzten als oftmals schwierig empfanden. Sie äußerten den Wunsch nach mehr arztseitigem Vertrauen in ihre Kompetenzen und wünschten sich eine geregelte Kommunikationsstruktur für den interprofessionellen Austausch. Einige Apotheker aus ländlichen und mittelstädtischen Räumen berichteten dagegen von einer größtenteils vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Ärzten. Am ehesten war dies durch ein lokales Gemeinschaftsgefühl und sich daraus ergebender Wertschätzung zu erklären.

Schlussfolgerung

Die Erfahrungen der offenbar gut zusammenarbeitenden Apotheker und Hausärzte in ländlichen Regionen könnten möglicherweise stärker in die Entwicklung von Programmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit einfließen als bisher. Es liegt auch nahe, eine Kooperation zwischen pharmazeutischen und medizinischen Instituten und Fakultäten in der Aus- und Weiterbildung von Apothekern und Ärzten zu etablieren. Dabei scheint von Bedeutung, Grundlagen für ein gegenseitiges Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe zu schaffen. Zukünftige Studien könnten an der vorgelegten Arbeit ansetzen und weiter untersuchen, welche Faktoren die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker beeinflussen. Neben qualitativen, hypothesengenerierenden Ansätzen spielen hier später auch quantitative, konfirmatorische Studien eine Rolle.

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung der westlichen Welt ist in den letzten Jahrzehnten durch eine stetig zunehmende Lebenserwartung gekennzeichnet. Grund hierfür ist unter anderem eine verbesserte Hygiene und Lebensmittelversorgung sowie der Fortschritt in der Medizin, welche die Verminderung von Infektionskrankheiten zur Folge haben. [1] Das Erreichen eines höheren Lebensalters verursacht jedoch, dass chronische Erkrankungen und Multimorbidität in unserer Gesellschaft stark zunehmen. [2] Multimorbidität wiederum ist ein Risikofaktor für Polypharmazie. Zurzeit gibt es keine international einheitliche Definition der Polypharmazie; in den meisten Studien wird darunter die gleichzeitige Behandlung eines Patienten mit mindestens fünf Medikamenten verstanden. [3, 4]

Zahlreiche Faktoren tragen dazu bei, die Problematik der Multimedikation zu verstärken. Einen wesentlichen Grund stellt die Behandlung multimorbider Patienten nach Leitlinien, die auf Einzelerkrankungen fokussiert sind, dar. Da in den Leitlinien die Multimorbidität eines Patienten nicht berücksichtigt wird, steigt das Potential, eine Multimedikation bei chronisch kranken Patienten zu verursachen. Dabei ist es möglich, dass es zu Arzneimittelnebenwirkungen und -interaktionen kommt. Viele dieser Nebenwirkungen und Interaktionen werden jedoch häufig nicht als solche erkannt und es kommt zum Ansetzen eines weiteren Medikaments. Es erscheint also unerlässlich und ist gleichzeitig eine Herausforderung, die Empfehlungen der Leitlinien individuell zu überprüfen und anzupassen. Im Zuge dieser Anpassung sollten multimorbide Patienten in den Leitlinien berücksichtigt werden. [5–7]

Verstärkt wird diese Problematik durch einen Mangel an Informationen darüber, welche Medikamente ein Patient konkret verschrieben bekommt und einnimmt. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass Patienten während der Konsultation beim Arzt nicht immer alle Medikamente, die sie einnehmen, erwähnen. Hinzu kommt, dass Patienten nicht selten nicht-verschreibungspflichtige Medikamente in der Apotheke oder in Reformhäusern kaufen und einnehmen und diese Einnahme ihrem Arzt gegenüber unerwähnt lassen. [8] Eine irische Studie hat gezeigt, dass die Mehrheit der Patienten weder konkrete Angaben zu ihren Medikamenten macht noch einen Medikamentenplan vorlegen kann. [9] Zudem wurde in einer deutschen Studie dargestellt, dass häufig ebenfalls eine Diskrepanz zwischen der aufgeführten Medikation innerhalb des vorhandenen Medikamentenplans und den tatsächlich eingenommenen Arzneimitteln besteht. [10] Darüber hinaus werden chronisch kranke

Patienten in Deutschland in der Regel von mehreren spezialisierten Fachärzten behandelt. Oft besteht keine Kenntnis der behandelnden Ärzte untereinander, sodass keine vollständige Information zu den Diagnosen und zur Medikation der Patienten bekannt ist. Dadurch wird eine Priorisierung der Erkrankungen und der medikamentösen Behandlung bei multimorbiden Patienten erschwert. [11] Zudem muss berücksichtigt werden, dass multimorbide Patienten in der Regel aufgrund ihres hohen Alters von Medikamentenstudien ausgeschlossen werden. Die Arzneimittel werden überwiegend an hochselektiven jungen Studienteilnehmern, die meist nur eine Erkrankung aufweisen, getestet. [12]

Eine besondere Situation, die maßgeblich Einfluss auf die Multimedikation von Patienten hat, ist der Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung. Patienten werden häufig nach nur kurzer Zeit im Stadium der Rekonvaleszenz aus dem Krankenhaus entlassen. Dies erfordert eine effektive Kommunikation zwischen Krankenhausarzt, Patient sowie dem ambulant behandelnden Arzt. Nicht selten werden nach einem Krankenhausaufenthalt neuverschriebene Medikamente unverändert über mehrere Jahre weitergeführt. Eine US-amerikanische Studie hat gezeigt, dass es nach Krankenhausentlassungen häufig zu Medikamenteneinnahmefehlern kommt: Die in der Klinik durchgeführten Medikamentenveränderungen werden oft nicht mit dem Patienten besprochen. Folglich fehlt eine Dokumentation der neu verschriebenen Medikamente sowie eine Kommunikation über die Dauer der Einnahme und den Umgang mit den Medikamenten, die bereits ambulant verschrieben wurden. [13] Im stationären Krankheitsverlauf verbessert sich jedoch häufig der Gesundheitszustand und der Schweregrad der Symptome des Patienten, sodass die Medikation, die zur akuten Behandlung diente, nach dem Krankenhausaufenthalt wieder abgesetzt werden könnte. Diese Erfahrungen lassen sich auch auf Deutschland übertragen. [14]

Des Weiteren wird eine unzureichende Adhärenz auf Seiten der Patienten, die von Polypharmazie betroffen sind, beobachtet. [15,16] Aus der Forschung wissen wir, dass der demografische Hintergrund der Betroffenen, die Belastung des Pflegepersonals, der geistige Zustand des Patienten, die Anzahl der Medikamente, Alter und Geschlecht sowie der allgemeine Gesundheitszustand die patientenseitige Adhärenz beeinflussen. [17]

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist die bisher wenig genutzte Ressource des

Apothekers im Medikationsmanagement der von Polypharmazie betroffenen Patienten. In der Regel besteht der überwiegende Teil der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker in Deutschland nur aus der Rückmeldung des Apothekers bei Verschreibungsauffälligkeiten oder der Bekanntgabe von Medikamenteninformationen. [18, 19] Während ein Großteil der Ärzte keine Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Apothekern empfindet, erzählten die Apotheker davon, dass seitens der Ärzte zu wenig Vertrauen, Respekt und Bereitschaft zur Kommunikation bestehen würde. [20] Studien aus Deutschland, Großbritannien und Australien zeigen: Aus Sicht der Apotheker werden sie als Berufsgruppe weder ausreichend geschätzt, noch als gleichwertige Kollegen angesehen. Sowohl die Apotheker als auch die Ärzte geben an, dass ferner die hohe Arbeitsbelastung und die fehlenden Vergütungsstrukturen Gründe für die geringe Zusammenarbeit sind. [19, 21, 22] Ein weiteres Hindernis für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Vermutung seitens der Hausärzte, die meisten Apotheker würden profitorientiert arbeiten. [21]

Polypharmazie kann für die betroffenen Patienten erhebliche Konsequenzen haben. Neben dem Risiko für Nebenwirkungen und Interaktionen durch die steigende Anzahl von Medikamenten bestehen bisher keine Erkenntnisse darüber, wie die verschiedenen Substanzen ab der Einnahme von fünf Medikamenten aufeinander wirken und miteinander interagieren. [23, 24] Nicht nur die gesundheitlichen Folgen durch Polypharmazie, sondern auch die enormen Kosten für das Gesundheitssystem spielen in der öffentlichen Diskussion eine Rolle. Diese entstehen zum einen durch die hohe Anzahl an Medikamentenverschreibungen, die oft nicht konsequent eingenommen werden, zum anderen kommt es zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und Notarzteinsätzen durch polypharmazeutische Nebenwirkungen. [25] Diese Risiken können sowohl durch die veränderte Pharmakodynamik wie auch Pharmakokinetik bei älteren Patienten verstärkt werden. [26]

Studien weisen darauf hin, dass die negativen gesundheitlichen und ökonomischen Folgen der Polypharmazie-Problematik durch gemeinsame Medikamentenüberprüfungen durch Hausärzte und Apotheker verbessert werden können. Mit Hilfe von gemeinsamen Überprüfungen und Absprachen der Medikamentenindikationen könnten die Medikamentenverschreibungen der Patienten

individueller selektiert und angepasst werden. [21, 22, 19] Eine schwedische Studie zeigt, dass in der Klinik bei Medikamentenüberprüfungen durch Apotheker Interaktionen und Nebenwirkungen infolge von Medikamentenchecks aufgedeckt und somit die Therapiekosten reduziert werden konnten. Eine Überprüfung der Medikation durch einen Apotheker aus der Klinik fand in der besagten Studie bei Aufnahme und Entlassung der Patienten statt. Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Wechselwirkungen, eine falsche Dosierung oder überflüssige Medikamente konnten so mit dem Klinikarzt, dem Hausarzt sowie der Apotheke des Patienten besprochen und gegebenenfalls angepasst werden. Auch eine Aufklärung der Patienten bezüglich des Umgangs mit den Medikamenten erfolgte durch die Apotheker. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit und der Einbezug der Apotheker in die Behandlung der Patienten zeigt also einen positiven Effekt. [27] Unabdingbare Voraussetzung für die medikamentöse Überprüfung der Apotheker stellt der Zugang zu allen relevanten Patienteninformationen wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Erkrankungen und die gesamte Medikation der Patienten dar.

Ein weiterer Ansatz zur Optimierung von Polypharmazie, der nur vereinzelt im ambulanten Bereich zum Einsatz kommt und keiner Vergütungsregelung unterliegt, sind von Apothekern durchgeführte Medikamentenreviews (beispielsweise brown bag reviews). Zu diesem Gespräch bringen die Patienten ihre gesamte Medikation mit und besprechen, wann und wie sie welche Medikamente einnehmen. Im Anschluss überprüfen die Apotheker mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen. [28, 29]

Obwohl sich die bisher wenig genutzte „Ressource“ Apotheker für die Medikamentenüberprüfung bei von Polypharmazie betroffenen Patienten eignet, wird sie in Deutschland (aber auch in anderen Ländern) kaum für die Verbesserung der Patientensicherheit und das Medikamentenmanagement genutzt. In den Gesundheitssystemen einiger anderer Länder haben Apotheker eine weitaus aktivere Rolle in der medikamentösen Patientenbetreuung als in Deutschland. Apotheker in Kanada sind beispielsweise an der Verschreibung von Medikamenten, bei Folge-Verordnungen, beim Anordnen und Interpretieren von Laboruntersuchungen sowie bei der Durchführung von Impfungen direkt beteiligt. [30] Auch in den USA betreuen Apotheker ihre Patienten immer häufiger über die Abgabe von Medikamenten hinaus. Sie bieten Medikationsmanagement, Impfungen, Gesundheitschecks und Medikationseinstellungen an. Diese patientenorientierten Dienste durch die Apotheker

werden staatlich unterstützt und vergütet. [31] Die Krankenhausapotheker nehmen zudem an den Visiten auf der Station teil. [32] Apotheker in Großbritannien haben ebenso die Möglichkeit, nach einer Weiterbildung und in Absprache mit den behandelnden Ärzten eigenständig rezeptpflichtige Arzneimittel zu verschreiben. In den Niederlanden haben Apotheker und Ärzte Zugriff auf eine gemeinsame Datenbank: Alle Arzneimittel, die ein Patient verordnet bekommt, sind darin vermerkt. Löst ein niederländischer Patient ein Rezept in einer anderen als seiner Stammapotheke ein, kann diese die Medikationshistorie einsehen und entsprechend erweitern. [33] Die Erkenntnis, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere von Patienten mit Polymedikation verbessert wird und daran unerlässlich der Apotheker beteiligt werden muss, ist also nicht neu und hat in anderen Ländern schon zu einer Neuausrichtung des Studiums und einer Stärkung des Apothekers als Pharmakotherapie-Experten geführt. Die Schwerpunkte im Pharmaziestudium und somit der Ausgangspunkt für die apothekerlichen Tätigkeiten sind im Ländervergleich sehr unterschiedlich. Während in Deutschland der Schwerpunkt im Pharmaziestudium in den Fächern Pharmazeutische Chemie und Analytik liegt, liegt dieser in den USA, Kanada und Großbritannien in den Fächern klinische Pharmazie, Pharmakologie und Pharmakotherapie.

Die vorliegende Dissertation greift die oben beschriebene Problematik auf und untersucht, inwiefern die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker verbessert werden kann. Konkret wird mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden der Frage nachgegangen: „Wie nehmen multimorbide Patienten, Apotheker und Hausärzte die Kommunikation untereinander wahr?“ Daran anknüpfend wird untersucht, inwieweit die bestehende Kommunikation optimiert werden kann. Anhand offener Interviews und Fokusgruppendifkussionen werden dazu Hypothesen generiert, wie mögliche Barrieren in der Kommunikation zwischen Hausärzten, Apothekern und chronisch kranken Patienten abgebaut werden können.

2 Stand der Forschung und Forschungsfrage

2.1 Stand der Forschung

In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung von Frauen und Männern weltweit stetig gestiegen und wird voraussichtlich auch in Zukunft weiter ansteigen. Im Jahr 2015 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen in Deutschland 78 Jahre, die der Mädchen 83 Jahre. [34] Von den 2016 geborenen Mädchen und Jungen sollen statistisch gesehen jedes vierte Mädchen und jeder sechste Junge 100 Jahre alt werden. [35] Während sich im Jahr 2013 etwa ein Fünftel der deutschen Bevölkerung in einem Alter über 65 Jahren befand, wird für das Jahr 2060 prognostiziert, dass ein Drittel der Bevölkerung in diesem Alter sein wird. [36]

Eine Folge der stetig steigenden Lebenserwartung ist die Zunahme der Häufigkeit chronischer Erkrankungen. Hierbei handelt es sich um lang andauernde und langsam fortschreitende Krankheiten, die eine regelmäßige Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfordern. Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der deutschen Männer und Frauen über 65 Jahren angibt, unter mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden. [37] Gleichzeitig nimmt auch die Multimorbidität, also das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen, stetig zu. Multimorbidität wiederum ist ein Risikofaktor für Polypharmazie. Zahlreiche Faktoren tragen dazu bei, die Problematik der Polypharmazie zu verstärken. Einen wesentlichen Grund stellt die Behandlung multimorbider Patienten nach Leitlinien, die auf Einzelerkrankungen fokussiert sind, dar. Leitlinien sind rechtlich nicht verpflichtend und dienen den behandelnden Ärzten als Orientierungs- und Entscheidungshilfe. Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Leitlinien, welche die Multimorbidität der Patienten nicht berücksichtigen, kann zu Arzneimittelnebenwirkungen und -interaktionen führen. Viele dieser Nebenwirkungen und Interaktionen werden jedoch häufig nicht als solche erkannt und es kommt zum Ansetzen eines weiteren Medikaments. Die konsequente Behandlung nach Leitlinien bei chronisch kranken Patienten sowie die steigende Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung begünstigen also die Zunahme von Polypharmazie. [2-5, 4-42] In Deutschland ist mehr als ein Drittel der über 65-Jährigen von Polypharmazie betroffen. [38] Ähnliche Entwicklungen beobachten wir in anderen europäischen Ländern und den USA. [39]

Berücksichtigt werden muss zudem, dass sich die Pharmakokinetik im Alter verändert. Die Medikation älterer Patienten muss zum Beispiel entsprechend der verminderten

renalen Elimination angepasst werden. [43] Bei vielen Arzneistoffen wird die Bedeutung der altersbedingten renalen Eliminationseinschränkung jedoch nicht beachtet. [44-46]

Neben dem Risiko für Nebenwirkungen und Interaktionen durch Polypharmazie nimmt die Anzahl der verordneten Medikamente Einfluss auf die Abnahme der Adhärenz, sodass es wichtig ist, die Einnahmetreue bei älteren Patienten zu stärken. Adhärenz stellt bei chronisch kranken Patienten eine wesentliche Voraussetzung für den Therapieerfolg dar. Eine unzureichende Adhärenz kann die Therapieeffektivität vermindern. So wird vermutet, dass vermeidbare stationäre Einweisungen auf mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen sowie auf eine unzureichende Einnahmetreue zurückzuführen sind. [47] Aufgrund der Komplexität der Medikation multimorbider Patienten wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Ansätze entwickelt und untersucht, die das Ziel verfolgen, den gleichzeitigen Einsatz vieler Medikamente zu optimieren.

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich mehrere Verfahren, die Ärzte und Apotheker bei der Überprüfung von Medikamenten unterstützen sollen. Im Allgemeinen ist die Durchführung der Medikationsanalyse mit hohem zeitlichen Aufwand verbunden.

Interventionsansätze, die bei der medikamentösen Überprüfung chronisch kranker Patienten die Beratung und Information durch Apotheker nutzen, scheinen besonders vorteilhaft zu sein. [48] Nachfolgend werden zunächst die wichtigsten Instrumente zur Überprüfung von Medikamenten beschrieben. Hierzu zählen die sogenannte PIM-Listen, also Listen mit potentiell inadäquater Medikation (wie zum Beispiel die Beers-Liste, die PRISCUS-Liste, die STOPP-/START-Liste, die FORTA-Kriterien) sowie der Medication Appropriateness Index (MAI) und die hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Im Anschluss daran wird erläutert, in welcher Form die einzelnen Instrumente in den verschiedenen arzt- und apothekergeführten Interventionen zum Einsatz kommen.

Zur Entwicklung von Listen mit potenziell inadäquater Medikation gibt es verschiedene Vorgehensweisen: Meist kommen Literaturübersichten oder Experten-Empfehlungen

zum Einsatz. Beispiele hierfür sind unter anderem die Beers-Liste, die PRISCUS-Liste, die STOPP-/START-Liste und die FORTA-Kriterien. Dabei handelt es sich um Verfahren, die unabhängig von den Berufserfahrungen und dem Wissenstand des Anwenders genutzt werden können.

Die Beers-Liste wurde 1991 von dem amerikanischen Geriater Mark H. Beers entwickelt und in den Jahren 1997, 2003 und 2012 weiter modifiziert. Die ursprüngliche Beers-Liste besteht aus zwei Teilen: Der erste Teil enthält 28 Arzneistoffe beziehungsweise -klassen, die für Patienten im Alter von über 65 Jahren ungeeignet und somit zu vermeiden sind, da Nebenwirkungen auftreten können. Beim zweiten Teil werden 35 Arzneistoffe beziehungsweise -klassen aufgeführt, die bei bestimmten Erkrankungen vermieden werden sollten. Die Auswahl der Arzneimittel in der Beers-Liste wurden durch ein Delphi-Verfahren erstellt. Dabei wurden schriftliche Befragungen mit verschiedenen Experten aus den Bereichen der Geriatrie, der Klinischen Pharmakologie und Psychopharmakologie sowie eine gemeinsame Sitzung durchgeführt. Kritikpunkte der Beers-Liste im klinischen Alltag sind die mangelnde Übertragbarkeit auf andere Länder aufgrund unterschiedlicher Präparate und einem variierenden Verschreibungsverhalten. Des Weiteren wird das Fehlen einer therapeutischen Alternative, um die aufgeführten ungeeigneten Arzneimittel zu vermeiden, kritisiert. [49-51] Aus diesem Grund wurde 2010 die PRISCUS-Liste, eine deutsche Auflistung von Arzneimitteln, die bei älteren Patienten vermieden werden sollten, veröffentlicht. Die PRISCUS-Liste wurde unter Berücksichtigung internationaler Studien sowie durch die Befragung deutscher Experten erstellt. Neben der Einschätzung zu verschiedenen Arzneistoffen äußerten sich die Teilnehmer der Delphi-Befragung auch zu weiteren Parametern, wie beispielsweise notwendigen Laborkontrollen, Dosisanpassungen, weiteren Komorbiditäten und möglichen medikamentösen Alternativen. [52] Ergebnis ist eine Liste potentiell inadäquater Medikamente, bestehend aus 83 Arzneistoffen aus 18 Arzneiklassen.

Ein weiteres Verfahren ist die STOPP-/START-Liste, die von einer irischen Arbeitsgruppe entwickelt wurde und Medikamente erfasst, welche angesetzt oder abgesetzt werden sollen. Ziel der STOPP-/START-Liste ist es, ungewollte Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten zu vermindern. Während die STOPP-Kriterien Hinweise zu bestimmten Medikamenten beinhalten, die bei Patienten über 65 Jahren möglicherweise problematisch sind, umfassen die START-Kriterien Medikamente, die bei bestimmten Erkrankungen eingesetzt werden sollten. Die Inhalte

beider Listen wurden von Experten in zwei Delphi-Runden ermittelt. [53]

Ein weiteres Bewertungssystem für Arzneimittel sind die FORTA-Kriterien. Hier werden die Verträglichkeit und die Wirksamkeit von verschiedenen Arzneimittelklassen bei älteren Patienten aufgeführt. Sie beinhalten indikationsabhängige Klassifikationen und dienen als schnelle Orientierungshilfe. Medikamente werden in eine Positivbewertung (A entspricht soll gegeben werden) und eine Negativbewertung (D entspricht soll nicht gegeben werden) mit den Zwischenstufen B und C eingeteilt. [54]

Es gibt wenige Studien, die die Anwendbarkeit der verschiedenen Listen und Instrumente in der täglichen Praxis untersucht haben. Eine deutsche Studie hat jedoch die Verwendung der PRISCUS-Liste im Praxisalltag beleuchtet. Es ist anzunehmen, dass sich die Erkenntnisse auch auf die anderen Verfahren übertragen lassen. Die in der Studie interviewten Hausärzte haben auf die Schwierigkeiten in der starren Anwendbarkeit der PRISCUS-Liste in der täglichen Praxis hingewiesen: Aufgrund individueller patientenseitiger Wünsche und Vorstellungen sowie der daraus zu erwartenden Adhärenz sei die Anwendung der PRISCUS-Liste im Praxisalltag schwierig. [55]

Der Medication Appropriateness Index (MAI) ist ein weiteres Verfahren, um ein verordnetes Medikament zu bewerten, und berücksichtigt zusätzlich individuelle Patienteninformationen. Dieser Index dient einer umfassenden Medikationsanalyse und ist von den Erfahrungen und dem Wissensstand des Anwenders abhängig; so wird mithilfe von zehn Fragen jedes verordnete Medikament überprüft und abhängig vom errechneten Score als angemessen beziehungsweise unangemessen eingestuft. Überprüft werden unter anderem die Indikation, Dosierung, Applikationsweg, mögliche Interaktionen sowie die Kosteneffektivität. [56] Im Vergleich zu den oben aufgeführten PIM-Listen nimmt die Anwendung des MAI sehr viel mehr Zeit in Anspruch.

Die 2014 veröffentlichte hausärztliche Leitlinie - Multimedikation dient als Hilfestellung zur hausärztlichen Versorgung multimorbider Patienten und wurde entwickelt, da bisherige Leitlinien wenig Hinweise zum Vorgehen bei Multimorbidität geben. Die Leitlinie empfiehlt unter anderem die Verwendung des MAI für eine Medikamentenerfassung. Sie wurde aber um die Fragen zum aktuellen Medikamentenplan und die Einnahmetreue ergänzt. [40] Zusätzlich zum MAI werden die PRISCUS-Liste, die START/STOPP-Kriterien sowie die Beers-Liste als

Instrumente zur Medikamentenanalyse herangezogen. Die Leitlinie dient als Hilfe bei der Bewertung schon bestehender Medikation sowie zur Entscheidung bezüglich des möglichen An- und Absetzens von Medikamenten. Zunächst wird die gesamte Medikation des Patienten aufgenommen und nach möglichen Interaktionen überprüft. Anschließend werden die Bedürfnisse und Vorstellungen des Patienten bezüglich der medikamentösen Therapie erfragt und das Beenden beziehungsweise das Neuverordnen von Arzneimitteln besprochen und geplant. Die aktuelle Medikation wird anschließend in einem Medikationsplan erfasst. Im weiteren Verlauf wird empfohlen, die medikamentöse Therapie in regelmäßigen Abständen auf mögliche Nebenwirkungen oder Interaktionen zu überprüfen. [40] In einem 2018 veröffentlichten qualitativ durchgeführten Praxistest in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin wurden die Akzeptanz und Praktikabilität der hausärztlichen Leitlinie – Multimedikation bei Hausärzten und multimorbiden Patienten in Schleswig-Holstein untersucht. Den teilnehmenden Ärzten wurde die Leitlinie für vier Wochen zur Verfügung gestellt. Die Patienten erhielten die Patienteninformationen der Leitlinie. Durch Fokusgruppengespräche und Interviews wurden die Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Leitlinie – Multimedikation als notwendig und hilfreich erachtet wird. Allerdings wurden in der Leitlinie konkrete Handlungsanweisungen und Hilfestellungen bei speziellen Beratungen wie zum Beispiel psychischer Symptome vermisst. [57]

Sowohl die PIM-Listen als auch der MAI und die Leitlinie Multimedikation kommen zum Einsatz, wenn Ärzte, aber auch Apotheker Medikamentenchecks durchführen. [9, 58, 59] In einem 2016 veröffentlichten Review aus Österreich und Deutschland wurden verschiedene Strategien zur Optimierung von Polypharmazie betrachtet. Die Mehrheit der untersuchten Studien hatte das Ziel, Effekte auf die Anzahl der Medikamente, die Mortalität und die Hospitalisierungsrate aufzudecken. In den Studien wurden Apotheker-geführte, Arzt-geführte oder interprofessionell-geführte Interventionen in der Primärversorgung, Pflegeheimen oder Krankenhäusern untersucht. Die Studienteilnehmer verwendeten unterschiedliche Instrumente für das Medikamentenreview. In den Apotheker-geführten Medikamentenreviews wurden beispielsweise Checklisten wie der MAI oder die STOPP/START-Liste verwendet. Die Weitergabe der apothekerlichen Empfehlungen an den behandelnden Arzt fand meist schriftlich statt. Der genaue Prozess der Medikamentenreviews sowie der Weitergabe

der Empfehlungen wurde in den Interventionen nicht beschrieben. Die Interventionen zeigten im Allgemeinen geringe Effekte auf die Anzahl der Medikamente, die Mortalität und die Hospitalisierungsrate. [60]

Eines der am häufigsten durchgeführten Verfahren für eine strukturierte Medikamentenanalyse durch den Apotheker ist die sogenannte Brown-Bag-Methode, die in den USA entwickelt wurde. Hier wird mit dem Patienten ein Termin in der Apotheke vereinbart, zu dem er all seine Medikamente (auch Selbstmedikation) zur Erfassung und Überprüfung durch den Apotheker mitbringen soll. [61] Die anschließende Weitergabe der entstandenen Medikamentenliste und die Kommunikation mit dem Arzt findet in der Regel schriftlich statt. Das Verfahren ist mittlerweile in den USA, Kanada, Großbritannien, Portugal und Dänemark etabliert. In diesen Ländern wird der entstehende Arbeitsaufwand der Apotheker angemessen vergütet. [62] Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass Apotheker das Potential und die Möglichkeit zur Erfassung und Überprüfung der vollständigen Medikamentenverordnungen von Patienten besitzen, sie zur medikamentösen Überprüfung jedoch selten eingesetzt werden. [63, 64] Gründe für die nicht vorhandene Nutzung der Ressource Apotheker sind unter anderem empfundenen Zeitmangel, fehlende Vergütung, mangelndes Vertrauen, fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit sowie ungenügende Absprachekonzepte. [65-68] Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass eine engere Kooperation zwischen Hausärzten und Apothekern wünschenswert wäre. Studien weisen darauf hin, dass Apotheker in der Lage sind, arzneimittelbezogene Probleme zu erkennen und zu lösen. Bei erfolgreicher Medikamentenreduktion können das Mortalitätsrisiko, die stationären Akutbehandlungen und die dadurch entstehenden Kosten vermindert und die Adhärenz sowie die Patientenzufriedenheit erhöht werden. [25, 69-79] Zudem wurde beschrieben, dass je länger eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker bestand, desto höher die Umsetzungsrate der apothekerlichen Empfehlung war. [80]

Bislang gibt es kaum Studien, die zeigen, inwieweit Hausarzt, Apotheker und Patient in Deutschland miteinander kommunizieren. Dies gibt Anlass zur weiteren Forschung. Die vorliegende Dissertation untersucht, wie Hausärzte, Apotheker und multimorbide Patienten miteinander kommunizieren und in welchem Maße die bestehende Kommunikation optimiert werden kann.

2.2 Forschungsfrage

Die hier vorgelegte Dissertation ist Teil des Forschungsprojektes „Verminderung von Polypharmazie bei chronisch kranken Patienten (Polite-2)“, das 2012 am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock durchgeführt wurde. Im Rahmen der Studie wurde eine Intervention zur Optimierung der Apotheker-Arzt Kommunikation bei der Behandlung von chronisch kranken Patienten entwickelt und pilotiert. Zur Entwicklung dieser Intervention wurde dabei auf ein qualitatives Forschungsdesign zurückgegriffen. Genau hier setzt diese Dissertation an: Mittels offener Interviews mit chronisch kranken Patienten, Apothekern und Hausärzten sowie Fokusgruppendifkussionen mit Apothekern und Hausärzten wird der Frage nachgegangen, wie jede dieser drei Gruppen mit Polypharmazie umgeht und mit den jeweils anderen Parteien kommuniziert beziehungsweise die Kommunikation wahrnimmt. Ausgehend von dieser Fragestellung wird zusätzlich untersucht, inwieweit Optimierungspotential vor allem in der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker besteht und wo hier genau angesetzt werden könnte. Damit gliedert sich diese Arbeit einer Reihe von Ansätzen an, die das Ziel verfolgen, die Betreuung chronisch kranker und von Polypharmazie betroffenen Patienten zu verbessern. Gerade mit Blick auf den sich vollziehenden demografischen Wandel wird die Betreuung dieser Patientengruppe immer wichtiger.

3 Methode und Material

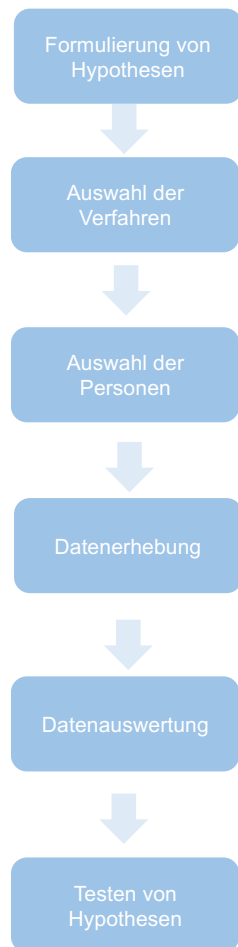
3.1 Qualitative Sozialforschung

In der Sozialforschung wird zwischen quantitativer und qualitativer Forschung unterschieden. Während bei quantitativen Ansätzen bestehende Hypothesen verifiziert oder falsifiziert werden, ist das Ziel qualitativer Ansätze das Generieren von Hypothesen und Theorien. [81-84] Der quantitative Ansatz zeichnet sich durch einen linearen beziehungsweise deduktiven Forschungsprozess aus: Zu Beginn einer Studie wird ein umfassender Forschungsplan festgelegt, der in vorgegebener Reihenfolge bearbeitet wird. Zunächst werden die Hypothesen formuliert und die Methoden zur Datenerhebung und -auswertung festgelegt. Anschließend erfolgt die Erhebung und Auswertung der Daten mithilfe statistischer Verfahren sowie die Überprüfung der Hypothesen. Die Daten werden zum Beispiel anhand standardisierter Fragebögen oder standardisierter Interviews gewonnen. Im gesamten Forschungsprozess sollten keine Modifikationen erfolgen, um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. [85,86]

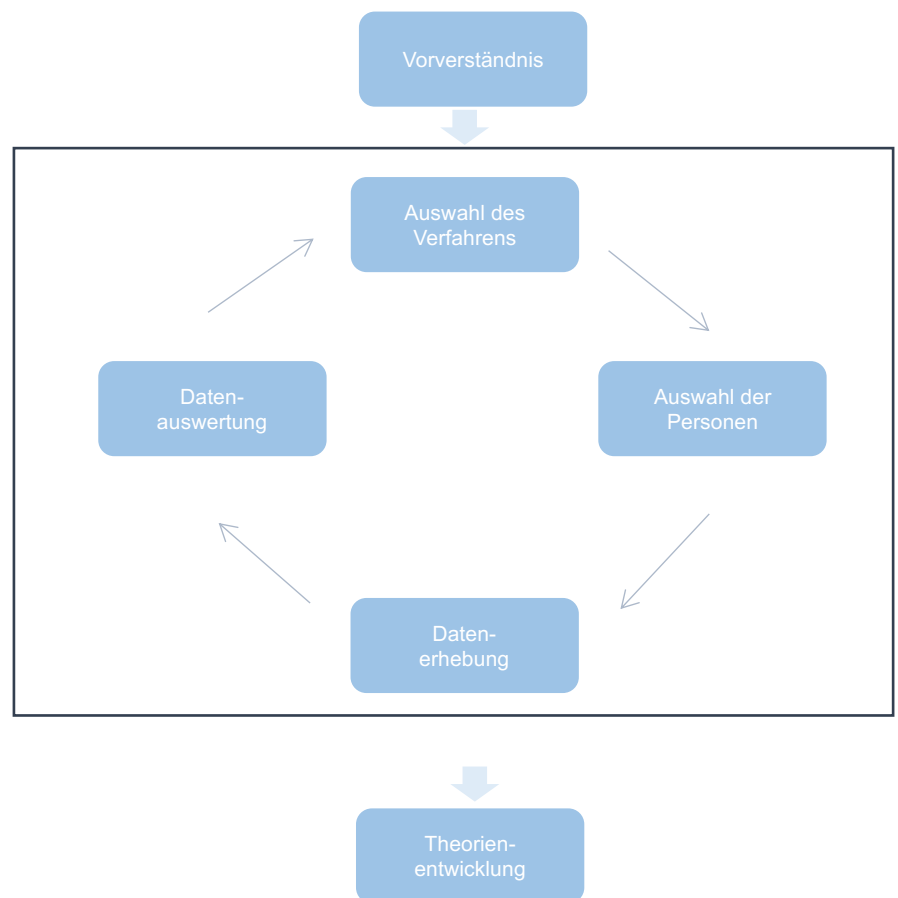
Im Gegensatz dazu zeichnen sich qualitative Studien durch eine zirkuläre beziehungsweise iterative Strategie aus. Beim zirkulären Forschungsprozess besteht keine definitive Abfolge der Projektdurchführung. Der jeweils nächste Forschungsschritt ergibt sich aus den Erkenntnissen des vorherigen Schrittes. Bei qualitativen, zirkulären Ansätzen werden die Daten nicht standardisiert abgefragt: Hier werden Daten zum Beispiel in offenen Interviews oder bei Beobachtungen gewonnen. In der qualitativen Datenauswertung steht die Analyse von Gemeinsamkeiten im Vordergrund. Das Ziel ist es, tiefe Einblicke in die individuellen Erfahrungen, Ansichten und Strategien von Studienteilnehmern zu erhalten. Die subjektiven Sichtweisen der einzelnen Interviewteilnehmer werden beleuchtet; individuelle Schwerpunkte zum jeweiligen Thema können durch den Interviewten selbst festgelegt werden. [85, 86] So ist es möglich, bisher wenig erforschte und komplexe Fragestellungen durch eine offene Herangehensweise zu erarbeiten. Eine schematische Darstellung der beiden Forschungsstrategien ist in Abbildung 1 zu finden.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Forschungsstrategien

Lineare Strategie (quantitativ)



Zirkuläre Strategie (qualitativ)



Quelle: Witt H. [85]

3.1.1 Methoden der qualitativen Sozialforschung

In der qualitativen Sozialforschung gibt es verschiedene Methoden der Datenerhebung. Zu diesen zählen unter anderem Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungen und die Analyse von Dokumenten. Qualitative Interviews werden in offene oder weniger strukturierte (narrativ, biografisch) und halbstrukturierte (problemzentriert, episodisch) Interviews gegliedert. Bei standardisierten Interviews hingegen, die der quantitativen Forschung zuzuordnen sind, ist die Abfolge der Fragen strikt vorgegeben. [87, 88] In der vorliegenden Studie wurden offene Interviews und Fokusgruppendiskussionen, eine besondere Form der Gruppendiskussionen, durchgeführt.

Die Vorteile eines Interviews liegen in der persönlichen Begegnung zwischen Interviewer und Interviewten. Einzelinterviews ermöglichen eine tiefe Einsicht in die Ansichten des Interviewten, bringen jedoch den Nachteil mit sich, zeitlich sehr aufwändig zu sein. [89] Bei offenen Interviews gibt der Interviewer das Interviewthema vor; dem Interviewten wird jedoch Raum gelassen, das Thema individuell zu beleuchten. Hierbei setzt der Interviewte selbst die Schwerpunkte und wird durch den Interviewer lediglich durch aktives Zuhören und das Wiederholen beziehungsweise Spiegeln von bereits Gesagtem zum weiteren Erzählen angeregt. [90] Im Vergleich zu Einzelinterviews ist es in Gruppendiskussionen nicht möglich, dieselbe thematische Tiefe zu erlangen. Allerdings erhält man eine allgemeine Einstellung der Gruppe, die auf eine größere soziale Einheit bezogen werden kann. Die Meinung der Gruppe kann erfasst werden; die Teilnehmer inspirieren sich gegenseitig in ihren Beiträgen. [91] Im Folgenden werden die in dieser Arbeit angewandten Methoden, das offene Interview und Fokusgruppendiskussionen, näher erläutert.

3.1.2 Das narrative Interview

Eine spezielle Form des qualitativen Interviews sind die sogenannten offenen Interviews, die von Fritz Schütze entwickelt wurden. Sie sind dadurch charakterisiert, dass der Interviewer mit einer einleitenden und allgemein gehaltenen Einstiegsfrage das Gespräch beginnt. Zuvor erklärt er, welche Aspekte ihn in dem zu führenden Interview besonders interessieren und fordert den Interviewten auf, über seine Erfahrungen frei zu erzählen. Der Interviewte berichtet darauffolgend solange über seine Erfahrungen zu dem vorgegebenen Thema, bis er die Erzählung selbst beendet. Der Interviewer macht sich während der Erzählung Notizen und stellt zwischendurch gezielte Fragen, um weitere Details zu den Äußerungen des Interviewten zu erhalten. Im weiteren Verlauf des Interviews können außerdem Fragen zu Bereichen gestellt werden, die bisher nicht thematisiert wurden. [89, 90] Abschließend kann das Interview durch den Interviewpartner bewertet werden und eine Beurteilung der Gesamtsituation des Gespräches stattfinden. [87] Das gesamte Interview wird für die spätere Analyse auf einem Tonbandgerät aufgenommen. In der vorliegenden Dissertation wurden offene Interviews mit Hausärzten, Patienten und Apothekern durchgeführt.

3.1.3 Fokusgruppendifkussionen

Bei einer Fokusgruppendifkussion handelt es sich um eine moderierte Diskussion zwischen - im Regelfall - sechs bis zehn Teilnehmern. Diese werden von einem Moderator zu einem bestimmten Thema interviewt und zur Diskussion angeregt. Die Auswahl der Teilnehmer findet abhängig von der Forschungsfrage statt und wird somit nicht dem Zufallsprinzip unterstellt. [92] Die Dauer der Fokusgruppendifkussionen liegt meistens bei ein bis drei Stunden und endet, wenn keine neuen Erkenntnisse mehr erfasst werden können. Die Diskussion wird von einem weiteren Mitarbeiter protokolliert und für die spätere Analyse auf einem Tonbandgerät aufgenommen. [93, 94]

Ziel der Fokusgruppendifkussion ist es, Ideen zu sammeln und Thesen zu überprüfen. Ursprünglich fand die Entwicklung von Fokusgruppendifkussionen zum Zweck der Marktforschung statt. Die Nutzung wurde jedoch auf die sozialwissenschaftliche, gesundheitsbezogene und medizinische Forschung ausgeweitet. [93, 95] Die interaktive Beteiligung der Gruppenmitglieder ermöglicht das Hervorrufen von besonders authentischen Äußerungen. Zudem regt eine Gruppendiskussion den Einzelnen dazu an, über die eigene Meinung nachzudenken und diese in Worte zu fassen. Der deutsche Soziologe Lamnek definiert eine Fokusgruppendifkussion als ein „Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen.“ [96]

3.1.4 Memo

Unmittelbar nach jedem durchgeführten Interview wurde ein Memo, also ein Gedächtnisprotokoll, erstellt. Memos sind regelmäßige Analyseprotokolle von Einsichten, Ideen, Hypothesen und weiterführenden Gedanken während eines Forschungsprozesses, die dazu beitragen, eine schrittweise Sammlung verschiedenster Aspekte in Bezug auf die Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen. Sie dienen somit der Ausarbeitung der Theorie. Das Schreiben von Memos wird ab dem Start des Projektes begonnen und nach jedem durchgeführten Interview weitergeführt. In einem Memo werden allgemeine Daten des Interviews, wie zum Beispiel der Name des Interviewers, das Datum, der Ort, soziodemographische Daten des Interviewten, die Situation vor und nach dem Interview, die Gesprächssituation sowie die Kernaussagen aufgeführt. Dieses Festhalten von

Eindrücken, Erkenntnissen, Ideen und Vermutungen aus den Interviews stellt einen zentralen Schritt in der Datenanalyse dar. Memos ermöglichen es, erste Vermutungen und Ideen in Bezug auf die Forschungsfrage zu fixieren und Daten zu vergleichen. Im Verlauf des Forschungsprozesses gewinnen sie an Dichte und Exaktheit, abstrakte Gedanken können formuliert und zunächst vage Ideen später als Aspekte der Theorie zusammengeführt oder auch verworfen werden. [97, 98] Insgesamt wurden sieben Hausarztmemos, sechs Apothekermemos, sieben Patientenmemos sowie jeweils ein Memo zu den durchgeführten Fokusgruppendifkussionen verfasst. Zusätzlich wurden im Protokoll das durchgeführte Interview inhaltlich zusammengefasst sowie Angaben zum persönlichen Eindruck der interviewten Person, zur Gesamtsituation und sonstige Anmerkungen mit aufgeführt. Ebenfalls wurden erste Auswertungsideen und weiterführende Gedanken verfasst und die bestehenden Memos ständig überarbeitet.

3.2 Sampling

In der qualitativen Forschung werden in erster Linie zwei Sampletechniken unterschieden: Das theoretische Sampling und das purposeful Sampling (gezieltes Sampling). Beim theoretischen Sampling handelt es sich um die schrittweise Entwicklung einer Samplestruktur. Beim purposeful Sampling dagegen wird ein bestimmtes Vorgehen anhand eines vorab festgelegten Samples durchgeführt. [99] Im Folgenden wird das theoretische Sampling der Studie erklärt, das die Grundlage für die Arbeit bildet.

Die Rekrutierung der Interviewteilnehmer erfolgte in diesem Projekt auf unterschiedliche Weise: Die Rekrutierung der Hausärzte für die offenen Interviews kam primär durch telefonische Kontaktaufnahme zustande. Es wurden 40 spezialisierte Fachärzte für Allgemeinmedizin im Raum Rostock nach dem Zufallsprinzip kontaktiert und über das Thema der Studie informiert. Von diesen Hausärzten nahmen sieben an den Einzelinterviews teil. Bei den Apothekern erfolgte die Rekrutierung vor allem über die Apothekenkammer Mecklenburg-Vorpommern. Von den 15 kontaktierten Apothekern nahmen sechs an den Einzelinterviews teil. Die Patientenrekrutierung fand im Schneeballverfahren über die bereits interviewten Hausärzte statt. Das bedeutet, dass sie nach Abschluss des Interviews gefragt wurden, ob sie Kontakt zu chronisch kranken Patienten mit Polypharmazie herstellen und Interesse an einer Studienbeteiligung erfragen könnten. Für die vorherige Selektion der Patienten wurden folgende Voraussetzungen im Vorfeld festgelegt: Die Einnahme von mindestens fünf

rezeptpflichtigen Dauermedikamenten sowie der Ausschluss von Patienten, die entweder nicht mehr zu der eigenständigen Einnahme ihrer Arzneimittel oder zur Einwilligung in die Studie, beispielsweise aufgrund von Demenz, in der Lage waren. Es wurden 20 Patienten kontaktiert und über das Projekt und die Durchführung informiert. Von den 20 Patienten nahmen sieben an der Studie teil. Insgesamt lehnten 33 Hausärzte, neun Apotheker und 13 Patienten eine Teilnahme an den offenen Einzelinterviews ab. Als Grund für die Nicht-Teilnahme wurde überwiegend empfundener Zeitmangel angegeben. Die offenen Einzelinterviews hatten eine Dauer von 20-60 Minuten. Die Interviews mit den Patienten wurden im häuslichen Umfeld durchgeführt. Die Interviews mit den Hausärzten und Apothekern fanden in der jeweiligen Praxis beziehungsweise Apotheke statt.

Die Rekrutierung der Hausärzte für die Fokusgruppendifkussionen erfolgte schriftlich. Es wurden 70 Hausärzte im Raum Rostock kontaktiert. Das Ergebnis war lediglich eine positive Faxantwort, sodass der Termin zunächst verschoben wurde. Nach schriftlichem und telefonischem Kontakt konnten weitere sieben Hausärzte gewonnen werden. Die Rekrutierung der Apotheker erfolgte zunächst postalisch: es wurden 20 Apotheken angeschrieben. Zurück kamen drei positive Antworten, allerdings konnte keiner der zugesagten Apotheker an dem neu festgelegten Termin teilnehmen, sodass erneut telefonischer und schriftlicher Kontakt zu den dem Institut bekannten Apothekern hergestellt wurde. Insgesamt konnten vier Apotheker gewonnen werden. Es wurden zwei Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt zwölf Teilnehmern durchgeführt. Die erste Gruppe bestand aus vier Hausärzten, während an der zweiten Diskussion vier Hausärzte und vier Pharmazeuten teilnahmen. Die Fokusgruppendifkussionen wurden am späten Nachmittag im Seminarraum des Instituts für Allgemeinmedizin durchgeführt und hatten eine Dauer von jeweils rund 90 Minuten.

3.3 Durchführung der qualitativen Interviews

Nach Aufklärung und Einwilligung der Studienteilnehmer wurde für die Interviewaufzeichnung ein Aufnahmegerät verwendet. Die Interviews mit den Hausärzten wurden mit folgender Erzählaufforderung begonnen: *„In unserem Projekt interessiert es uns, etwas über das Thema Polypharmazie zu erfahren. Polypharmazie betrifft vor allem chronisch kranke und multimorbide Patienten. Können Sie mir Ihre*

Erfahrungen, die Sie auf diesem Gebiet gemacht haben, erzählen? Der Interviewte berichtete solange über seine Erfahrungen mit Polypharmazie, bis er die Erzählung selbst beendete. Der Interviewer machte sich während der Berichterstattung Notizen und konnte somit gezielt nachfragen und weitere Details zu den Äußerungen des Interviewten erhalten.

An der Erstellung und Durchführung der offenen Interviews war außer der Verfasserin eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, eine Ärztin des Instituts für Allgemeinmedizin, beteiligt, die drei der 20 offenen Einzelinterviews durchführte.

3.4 Durchführung der Fokusgruppendifkussionen

Die vorliegende Dissertation ist, wie bereits im vorherigen Kapitel (2.2 Forschungsfrage) näher erläutert, an das Forschungsprojekt „Verminderung von Polypharmazie bei chronisch kranken Patienten (Polite-2)“ angelehnt. Da im Rahmen des Projektes ein interventioneller Ansatz zur Optimierung der Kommunikation zwischen Apotheker und Arzt konzipiert wurde, befassten sich die Fokusgruppendifkussionen auch mit Akzeptanz und Durchführbarkeit des konzipierten Ansatzes.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde und der Zustimmung zur Gesprächsaufzeichnung per Tonbandgerät wurde in die Diskussion eingestiegen. Im Laufe der Diskussion wurden mehrere Materialien ausgeteilt, die von den Teilnehmern nach Akzeptanz und Praktikabilität bewertet wurden. Zusätzlich wurden verschiedene Listen und Handhabungen für die Übermittlung vom Apotheker an den Hausarzt erarbeitet. In der ersten Fokusgruppe wurden mit den Hausärzten unter anderem mehrere Versionen von Anschreiben über die Studie und das geplante Medikamentenreview diskutiert. Anschließend wurden Listen für die Übermittlung der Ergebnisse aus den Medikamentenreviews erörtert. In der zweiten Fokusgruppendifkussion fand ein Austausch über die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausarzt und Apotheker statt. Abschließend wurden die von der ersten Gruppendifkussion ausgewählten Anschreiben und Listen vorgestellt. Die unterschiedlichen Einstellungen, Motivationen und Wünsche der interviewten Apotheker und Hausärzte fanden für die Erarbeitung eines geeigneten Absprachekonzeptes Berücksichtigung. Nach ungefähr 90 Minuten leitete die

Moderatorin, eine Soziologin des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock, das Gespräch aus, da sich keine neuen Aspekte mehr ergaben und alle Materialien besprochen waren. Die zweite Fokusgruppendifkussion wurde zusätzlich durch einen Apotheker geleitet. Eine beisitzende wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts war für die Protokollführung verantwortlich. Bei der Verabschiedung erhielten die Teilnehmer Fortbildungszertifikate und Büchergutscheine als Aufwandsentschädigung.

Die Interviews und Gruppendiskussionen fanden solange statt, bis die für das Pilotprojekt benötigten Informationen und Daten ausreichend vorhanden waren. Dies war nach 20 Einzelinterviews und zwei Fokusgruppendifkussionen der Fall.

3.5 Samplebeschreibung

Nach den offenen Interviews wurden mittels eines Kurzfragebogens sozio-demografische Angaben der Teilnehmer erfasst, während bei den Teilnehmern der Fokusgruppendifkussionen keine sozio-demografischen Merkmale erhoben wurden. Die Tabelle 1 und 2 geben einen Überblick über die sozio-demografischen Merkmale der Teilnehmer der offenen Einzelinterviews. Die Namen der Hausärzte, Apotheker und Patienten wurden pseudonymisiert und beginnen zum leichteren Verständnis jeweils mit den Anfangsbuchstaben H (für Hausarzt), A (für Apotheker) oder P (für Patient).

Tabelle 1: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Apotheker und Hausärzte, n=13

	Apotheker	Hausärzte
Geschlecht		
Männlich	0	4
Weiblich	6	3
Alter	31-44 Jahre	37-69 Jahre
Urbanisierungsgrad des Niederlassungsortes		
Ländlich (bis 5.000 Einwohner)	1	0
Mittelstädtisch (5.000 – 30.000 Einwohner)	2	1

Methode und Material

Großstädtisch (über 30.000 Einwohner)	3	6
Berufserfahrung	8-23 Jahre	6-55 Jahre
Anzahl der Patientenkontakte/Quartal	3000-10.000	450-1550
Zusammensetzung der Kunden/Patienten	Chronisch kranke Patienten	Chronisch kranke Patienten
Insgesamt	6	7

Tabelle 2: Sozio-demografische Merkmale der interviewten Patienten, n=7

	Patienten
Geschlecht	
Männlich	4
Weiblich	3
Alter	75-83 Jahre, 1x46 Jahre
Anzahl der verordneten Dauermedikamente	5-12
Anzahl der betreuenden Ärzte (inkl. Hausarzt)	2-6
Urbanisierungsgrad des Niederlassungsortes	
Ländlich (unter 5.000 Einwohner)	1
Mittelstädtisch (5.000 – 30.000 Einwohner)	2
Großstädtisch (über 30.000 Einwohner)	4
Insgesamt	7

Bei den Hausärzten der offenen Einzelinterviews wurden vier Männer und drei Frauen im Alter zwischen 37 und 69 Jahren interviewt. Ihre Berufserfahrung lag zwischen sechs und 55 Jahren. Sechs Hausärzte praktizierten in einer Großstadt und einer war in einer Kleinstadt tätig. Die Anzahl der Patientenkontakte pro Quartal lag zwischen 450 und 1.550 und setzte sich laut der interviewten Hausärzte überwiegend aus älteren, chronisch kranken Patienten zusammen. Von den sechs interviewten Apothekern waren alle Interviewteilnehmer Frauen im Alter zwischen 31 und 44 Jahren. Drei von ihnen praktizierten in einer Großstadt, zwei in einer Kleinstadt und eine im ländlichen Raum. Ihre Berufserfahrung lag zwischen acht und 23 Jahren. Die Anzahl der Kundenkontakte lag zwischen 3.000 und 10.000 Patienten pro Quartal bei einer Mitarbeiteranzahl von fünf bis acht. Laut Aussage der Apotheker setzten sich auch ihre

Kunden eher aus älteren und chronisch kranken Patienten zusammen. Die interviewten Patienten, insgesamt vier Männer und drei Frauen, waren im Alter zwischen 46 und 83 Jahren. Vier Patienten lebten in einer Großstadt, zwei in einer Kleinstadt und einer im ländlichen Gebiet. Die interviewten Patienten litten unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, darunter Hypertonie, Arthrose, Herzrhythmusstörungen, chronische Rückenschmerzen. Ihnen wurden zwischen fünf und zwölf Dauermedikamente verordnet und sie wurden parallel von zwei bis sechs Ärzten behandelt.

3.6 Datenanalyse

Die achtköpfige interprofessionelle Arbeitsgruppe setzte sich aus Medizinerinnen, Psychologen, Pharmazeuten und Soziologen zusammen. Sechs der Teilnehmer waren weiblich und zwei männlich. Die offenen Einzelinterviews wurden wie bereits im vorherigen Kapitel (3.3 Durchführung der qualitativen Interviews) näher erläutert, überwiegend durch mich sowie durch eine Ärztin des Instituts für Allgemeinmedizin durchgeführt. Dabei habe ich 17 der insgesamt 20 Einzelinterviews realisiert. Die ärztliche Kollegin war erfahren in der Durchführung und Auswertung offener Interviews und leitete mich bei der Vor- und Nachbereitung der ersten qualitativen Interviews an. Des Weiteren nahm ich vor der Interviewdurchführung an einer Schulung zu Interviewtechniken teil. Die beiden Fokusgruppendifkussionen wurden wie bereits oben beschrieben durch eine Soziologin moderiert und durch weitere Teilnehmer der Forschungsgruppe unterstützt. Die Auswertung der 20 offenen Interviews und der beiden Fokusgruppendifkussionen fand ausschließlich durch mich statt.

Im Folgenden wird die inhaltsanalytische Auswertung der Datenanalyse dargestellt. Im Anschluss an die durchgeführten Interviews, erfolgte die Datenübertragung auf den Computer. Dabei wurde jedem Gespräch eine pseudonymisierte Nummer zugeordnet. Im Anschluss wurden die Audiodateien in Textform transkribiert. Die Transkriptionen der Einzelinterviews und Fokusgruppendifkussionen wurden durch mich und Angestellte im Institut für Allgemeinmedizin auf Basis vorab definierter Transkriptionsregeln einheitlich durchgeführt. Die Namen der Hausärzte, Apotheker und Patienten wurden wie bereits im vorherigen Kapitel (3.5 Samplebeschreibung) näher erläutert, aus Datenschutzgründen pseudonymisiert. Die software-gestützte Kodierung der Interviews und Fokusgruppendifkussionen erfolgte inhaltsanalytisch. Dazu wurden Oberkategorien mit den entsprechenden Codes aus dem Material abgeleitet. Die Ableitung erfolgte dabei sowohl unter Zuhilfenahme zuvor festgelegter

Methode und Material

Kategorien (top-down), als auch aus dem Material heraus (bottom-up). Insgesamt wurden 29 Oberkategorien und 263 Kodes aus dem qualitativen Material entwickelt (bei den Patienten wurden 108 Kodes und 15 Oberkategorien, bei den Hausärzten 86 Kodes und acht Oberkategorien und bei den Apothekern 69 Kodes und sechs Oberkategorien entwickelt). Zur Veranschaulichung wird in der folgenden Tabelle 3 beispielhaft in der Kategorie „Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Apothekern aus hausärztlicher Sicht“ ein Kode aufgelistet und genauer beschrieben sowie ein Beispielzitat genannt.

Tabelle 3: Darstellung der Kode- und Kategorienbildung

Kategorie	Kodes	Beschreibung	Beispielzitat
Gründe für mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten aus hausärztlicher Sicht	Ausbildung der Apotheker	Schwerpunkt im Pharmaziestudium liegt in den Fächern Pharmazeutische Chemie und Analytik	„Und wenn ich mal was nicht weiß (...) sicher rufe ich an! Aber das ist nicht die Regel, weil der Apotheker lernt der das nicht. Nicht die Therapie. Der lernt wie die Pille zusammengedreht wird (...).“ <i>(Herr Dr. Holz, 75 Jahre, 53 Jahre Berufserfahrung)</i>
	Digitale Arzneimitteldatenbanken	Umfassende und aktuelle Arzneimittelinformationen können selbst nachgeguckt werden	„Ich kann Wechselwirkungen, Kontraindikation, das kann ich alles sehen. Das sehe ich alles im Programm. Das ist viel einfacher geworden, durch das Programm.“ <i>(Herr Dr. Holz, 75 Jahre, 53 Jahre Berufserfahrung)</i>
	Hohe Arbeitsbelastung	Als hoch empfundene Arbeitsbelastung vor allem durch die Betreuung chronisch kranker Patienten	„(...) so direkten Kontakt mit Apothekern an sich habe ich eigentlich nicht, also kaum. Da wäre auch wenig Zeit für.“ <i>(Herr Dr. Henning, 37 Jahre, vier Jahre Berufserfahrung)</i>

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Patienten, Apothekern und Hausärzten dargestellt. Das Kapitel teilt sich in drei Abschnitte. Zunächst wird beschrieben, wie Patienten ihre Medikation sowie die Rolle des Hausarztes, des Apothekers und der spezialisierten Fachärzte bezogen auf Polypharmazie wahrnehmen. Daraufgehend werden die Erfahrungen mit Polypharmazie sowie mit der interprofessionellen Zusammenarbeit aus Sicht der Apotheker einerseits und der Hausärzte andererseits aufgeführt.

4.1 Polypharmazie aus Sicht der Patienten

Wie bereits im vorherigen Kapitel (3.5 Samplebeschreibung) näher erläutert, wurden die Namen der Patienten pseudonymisiert und beginnen zum leichteren Verständnis mit dem Anfangsbuchstaben P (für Patient). Eine Übersicht über die interviewten Patienten ist im Anhang (8.1 Übersicht über die interviewten Patienten) dargestellt.

4.1.1 Erfahrungen mit Polypharmazie

Viele Interviewteilnehmer nahmen ihre Medikamente schon über viele Jahre ein, durchschnittlich handelte es sich hierbei um 7,4 verschreibungspflichtige Medikamente pro Tag. Die Mehrzahl der interviewten Polypharmaziepatienten war mit Art und Umfang der Medikation zufrieden und empfand den Umgang mit ihr als angenehm.

In den Interviews kam zum Ausdruck, dass die Patienten sich selbst als sehr adhärent einschätzten. Sie äußerten, dass der Arzt die Medikation festgelegt habe, waren überzeugt, dass die Einnahme somit auch erforderlich sei und beurteilten die Medikamentenverschreibungen als sinnvoll und zufriedenstellend. Die meisten Patienten hinterfragten die Notwendigkeit ihrer Medikamente nicht und waren der Überzeugung, dass das Weglassen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zur Folge hätte. Sie nannten keine Probleme im Umgang mit ihrer Medikation und gaben keine Schwierigkeiten dabei an, ihre Tabletten aus der Packung zu nehmen, sie zu halbieren oder einzunehmen. Der Wunsch nach einer Reduktion der Medikamente wurde lediglich durch eine Minderheit geäußert.

Ein Beispiel hierfür ist Herr Pape:

„Die könnten paar Tabletten absetzen. Weil das so viele sind, die, die der Körper einnimmt, aber es muss ja sein (...) die Ärztin hat das ja festgelegt.“ **(Herr Pape, 75 Jahre, nimmt acht verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Viele Patienten äußerten eine hohe Zufriedenheit im Umgang mit ihren Medikamenten. Die Mehrheit der Interviewten weist jedoch eine mangelnde Kenntnis über ihre Medikation und Diagnosen auf. Eine Angabe zur Indikation oder zum Namen der meisten Medikamente war häufig nicht möglich. So konnte Frau Pfeffer, welche sechs verschiedene Medikamente eingenommen hat, weder Erkrankungen noch Medikamentennamen nennen. Ihr war ausschließlich die Menge und Tageszeit der einzunehmenden Medikation bekannt:

„Ich sage immer, man hat das verschrieben gekriegt und dann hat man das so (...) man vergisst das ganze ja auch (...) morgens nehme ich eins, zwei, drei und eine halbe (...) weiß nicht für was die ist (...) und abends nehme ich zwei halbe.“ **(Frau Pfeffer, 83 Jahre, nimmt sechs verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Ein weiterer Aspekt in der Polypharmazie-Problematik sind die Nebenwirkungen, von denen nur wenige interviewte Patienten berichteten. In der Regel suchten die Patienten bei neu aufgetretenen Beschwerden, wie zum Beispiel Übelkeit, Schwindel oder Schlafstörungen zeitnah die hausärztliche Sprechstunde auf, um ihre Symptome zu schildern. Vereinzelt wurde angegeben, dass Kontakt mit der Apotheke aufgenommen oder abgewartet wurde. Die Aussagen der Patienten lassen darauf schließen, dass sich ihre Beschwerden häufig nach neuen Medikamentenverschreibungen durch den Arzt verbesserten und dieser daher wesentlicher Ansprechpartner sei.

Keiner der Patienten hinterfragte, ob die neu aufgetretenen Beschwerden in direktem Zusammenhang mit den zuvor verschriebenen Medikamenten stehen könnten, sie verließen sich bezüglich der Auswahl der Medikamente auf ihren Arzt. Grundsätzlich gingen die Patienten davon aus, dass die Verschreibung der

Medikamente individuell unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen und Bedürfnisse des Patienten erfolgte.

Darüber hinaus scheinen die Patienten darüber wenig aufgeklärt worden zu sein, dass Nebenwirkungen auch als Folge der verschriebenen Medikamente auftreten könnten. Die Umstellung der antihypertensiven Medikation der Patientin Frau Prinz hatte beispielsweise eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zur Folge. Sie sah zunächst jedoch keinen Zusammenhang mit ihrer neuen Medikation und kontaktierte ihren Arzt erst nach einiger Zeit mit der Frage, ob ihre Beschwerden eine Folge der neuen Medikation sein könnten:

„Und da wars mir schlecht, da gings mir wirklich schlecht. (...) Ich stellte aber nicht gleich fest, dass es von den Tabletten kommen könnte. Bloß nachher wie gesagt, merkte ichs. Halt Stopp, das sind die Tabletten.“ **(Frau Prinz, 82 Jahre, nimmt fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Die Interviews zeigen grundsätzlich eine hohe patientenseitige Zufriedenheit mit der medikamentösen Einstellung. Die Patienten waren davon überzeugt mit ihrer Medikation gut zurechtkommen. Auch wenn überwiegend von positiven Erfahrungen erzählt wurde, fällt auf, dass die meisten Patienten nur geringe Kenntnis über ihre Medikation und Erkrankungen sowie mögliche Arzneimittelnebenwirkungen besitzen.

4.1.2 Die Rolle des Hausarztes

Die Patienten berichteten, dass sie ihrem Hausarzt großes Vertrauen entgegenbringen, dieser stellt in der medizinischen Versorgung der Patienten die zentrale Rolle dar und ist primärer Ansprechpartner bei Problemen und Fragen, die sich bezüglich der Medikation ergeben. Frau Prinz äußerte sich dazu:

„Das ganze große Vertrauen haben mein Mann und ich zu unserer Hausarztpraxis. Mein Mann ist schon über 20 Jahre fast bei Frau Doktor. (...) Insgesamt komm ich mit allem was Frau Doktor mir verschreibt und was sie überwacht gut zurecht (...) und wir fühlen uns dort gut aufgehoben.“ **(Frau Prinz, 82 Jahre, nimmt fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Ähnlich wie diese Patientin gaben die meisten an, dass sie mit der medikamentösen Aufklärung durch den Hausarzt zufrieden seien. Ein Großteil kenne den Hausarzt schon über mehrere Jahre und so würden auch keine Hemmungen bestehen, den Hausarzt bei Fragen und Unklarheiten hinsichtlich der medizinischen Behandlung zu konsultieren.

Vertrauen zu einem neuen Hausarzt zu entwickeln, scheint jedoch ein großes Problem zu sein. So gab die Patientin Frau Pabst an, dass die Nachfolgerin ihrer berenteten Hausärztin sie in ihrer Behandlung nicht gut aufklärte. Zum Beispiel gebe die neue Ärztin der Patientin lediglich die Rückmeldung, dass ihre Laboruntersuchung gut und unauffällig war. Diese wünschte sich indessen eine fachliche Begleitung und genaue Nennung der Laborwerte und fühlte sich nicht ausreichend aufgeklärt. Mit Bedauern vermutete Frau Pabst, dass der Grund hierfür die erst seit kurzem bestehende Arzt-Patienten-Beziehung sein könnte und hoffte auf einen allmählichen Fortschritt:

„Ganz klar, dass wir uns erstmal dran gewöhnen mussten. Jeder ist anders und ich muss sagen, da erst ein Verhältnis aufbauen, das ist nicht (...) so leicht. (...) aber man kommt, man kommt sich jetzt mit der Zeit schon bisschen näher. Aber was die Ärztin macht, die klärt einen über nichts auf. Wenn sie nicht fragen, dann kriegen sie nichts genau. Ich weiß es nicht, die guckt nur in ihren Computer da rein und das also wirklich, ist ja nicht schön.“ (Frau Pabst, 78 Jahre, nimmt fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Insgesamt verdeutlichen die Interviews, dass die Patienten ihrem Hausarzt großes Vertrauen entgegenbringen und sich in der Regel auch gut betreut fühlen.

4.1.3 Die Rolle der Apotheke

Neben den positiven Erfahrungen mit der hausärztlichen Behandlung wurde auch die Betreuung und Aufklärung durch die Apotheke von den Patienten als sehr gut beschrieben. Die Mehrheit der Interviewteilnehmer gab an, sich an die Hausapotheke zu wenden. Als zusätzlich positives Erlebnis erwähnten sie die

zuverlässige und pünktliche Medikamentenlieferung durch die Apotheke:

„Sie haben für mich (...) einige Medikamente immer nicht im Vorrat da, die Apotheke und dann kommen die am späten Nachmittag/Abend (...) und werden gebracht.“ (Herr Peters, 82 Jahre, nimmt elf verschreibungspflichtige Medikamente ein)

In einigen Fällen wurde geschildert, dass die zusätzliche Überprüfung der Medikation durch die Apotheke den Patienten Sicherheit gebe. Dahingehend berichtete eine Patientin, dass die Apotheke ihr auf Nachfrage, warum in ihrem Fall ein Wechsel des Präparats (also einem Wechsel des Medikamentennamens, der Verpackung, der Farbe und Form des Medikaments) vorgenommen worden sei, ausführlich die Existenz der Rabattverträge erklärt habe. Eine weitere Patientin erzählte erleichtert, dass von spezialisierten Fachärzten neu verschriebene Medikamente durch die Apotheke überprüft und mit dem Hausarzt abgestimmt würden. Die Apotheker kontrollierten zudem die Medikation der Patienten auf Wechselwirkungen. Die Patientin Frau Pabst erzählte, dass Mitarbeiter der Apotheke sie auf potentielle Wechselwirkungen hingewiesen hätten, welches ihr vorher unbekannt gewesen sei:

„In unserer Apotheke werde ich auch immer (...) sehr gut beraten. Denn schon allein der Hinweis damals, dass sie dann auch sagten (...) Acesal nehme ich gegen Schmerzen ein, wenn ich manchmal Kopfschmerzen habe. Und dann sagten sie drauf, nehmen sie auch ein Blutverdünnungsmittel ein. Ja sag ich, Godamed. Da sagte sie dann, achten sie mal drauf, das verträgt sich nicht zusammen. Ich sag, das hat mir noch nie einer gesagt.“ (Frau Pabst, 78 Jahre, nimmt fünf verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Nur wenige Patienten berichteten von negativen Erlebnissen im Zusammenhang mit der Apotheke. Herr Paul erwähnte, dass die Apotheke ihm schon einmal ein Medikament ausgehändigt habe, dass er eigentlich nicht hätte bekommen sollen. Da seine Ehefrau aber viele Jahre in der Krankenpflege gearbeitet hätte, sei sie bei der Abholung des Medikamentes unmittelbar aufmerksam geworden:

„Ich hatte ja schon den Fall mal, da haben die in der Apotheke nen anderes gebracht. (...) Und denn hat die Frau gesagt, weil die holt sie meistens, ne. Und denn hat sie gesagt: „Nee, das passt nicht.“ (Herr Paul, 77 Jahre, nimmt zwölf verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Generell beschrieben die meisten interviewten Patienten den Kontakt mit und die Betreuung durch die Apotheke als sehr gut. Nur wenige Patienten erzählten von schlechten Erfahrungen, wie zum Beispiel weiter oben berichtet, über eine fehlerhafte Medikamentenausgabe.

4.1.4 Die Rolle der spezialisierten Fachärzte

In vielen Interviews zeigte sich, dass die medikamentöse Therapie von spezialisierten Fachärzten und Hausärzten selten abgesprochen wird, was viele Patienten verunsicherte. Die Veränderungen der Medikation durch die Ärzte sind für viele Patienten weder nachvollziehbar, noch wurden sie verständlich erklärt.

Herr Paul, ein 77-jähriger Patient berichtete, dass ein spezialisierter Facharzt eine Medikamentenverordnung von ihm abgesetzt hatte, die der Hausarzt dann aber wieder neu ansetzte:

„Die eine hatte sie mir ja weggenommen (...) Und dann hat Frau Doktor die mir wieder zugegeben. Da hat sie gesagt (...) die müssen Sie ja wiederhaben, weil das wohl mit der Durchblutungsstörung zusammenhängt.“ (Herr Paul, 77 Jahre, nimmt zwölf verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Insbesondere die Entlassung aus der Klinik führte häufig zu teilweise vielfältigen Veränderungen der Medikation. So werden häufig bereits während des Klinikaufenthaltes dem Patienten bekannte Medikamente abgesetzt und neue Medikamente angesetzt. Dies betrifft nicht immer nur die Akutmedikation, sondern vielfach auch die Dauermedikation. Nach Entlassung wird die Medikation nicht selten erneut vom Hausarzt umgestellt. Viele Patienten können diese Veränderungen nicht nachvollziehen und fühlen sich unsicher, ob ihre neue Medikation tatsächlich richtig sei.

Herr Peters, ein 82-jähriger Patient, der aufgrund eines Prostatakarzinoms in

stationärer Behandlung war und nach seinem Krankenhausaufenthalt neue Medikamente verschrieben bekam, erzählt:

„Da ist einiges dazugekommen. Die sind immer von den Kliniken vorgeschrieben worden und dann hat Frau Doktor das dann sortiert in der Praxis, was ich jetzt nehme.“ **(Herr Peters, 82 Jahre, nimmt elf verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Zudem berichteten viele Patienten, dass sie unsicher seien, wie sie ihren Hausarzt über die vom spezialisierten Facharzt veränderte Medikation informieren sollten. Häufig fühlten sie sich mit dieser Aufgabe allein gelassen. Eine eigenständige Absprache zwischen Haus- und spezialisierten Facharzt würde diese Patienten entlasten.

Ein Interview mit Herrn Peters verdeutlicht diese Problematik. Herr Peters, der unter Gleichgewichtsstörungen litt, berichtete, dass seine Hals-Nasen-Ohren-Ärztin (HNO - Ärztin) eine Veränderung in seiner Medikation vorgenommen und ihm ein neues Medikament verschrieben habe. Seitdem seien seine Beschwerden stärker geworden. Er berichtete, dass er jetzt als Mittler zwischen dem spezialisierten Facharzt und seiner Hausärztin fungieren müsse, damit die Medikamentenveränderung wieder rückgängig gemacht werden könne:

„Das ist jetzt durch Frau Doktor geändert worden, wo ich gar nicht mit einverstanden bin. (...) weil das nicht geholfen hat. Das muss ich jetzt mit Frau Doktor noch wieder klären. (...) Das hat aber die HNO-Ärztin eingeleitet und das hat nicht geklappt.“ **(Herr Peters, 82 Jahre, nimmt elf verschreibungspflichtige Medikamente ein)**

Die mangelnde Absprache zwischen Haus- und spezialisiertem Facharzt verdeutlicht ein weiteres Interview mit Herrn Pape, bei dem eine Herzrhythmusstörung durch einen Kardiologen neu diagnostiziert wurde. Nach der Untersuchung beim Kardiologen bat Herr Pape am nächsten Tag seinen Hausarzt, den Kardiologen zu kontaktieren und nach den Ergebnissen zu fragen. Der Hausarzt wollte den Kardiologen jedoch erst am Abend kontaktieren. Er sei dann jedoch aus persönlichem Interesse selbst zum Kardiologen gegangen, der ihm

zunächst mitteilte, dass alles in Ordnung sei. Erst durch Nachfragen zur Bedeutung der schriftlichen Elektrokardiogramm-Befundung (EKG) stellte sich heraus, dass er eine Herzrhythmusstörung habe. Herr Pape war mit der Behandlung und Aufklärung durch den spezialisierten Facharzt unzufrieden und nahm seine Patientenakte vom Kardiologen mit zu seinem Hausarzt.

„Dann hatte er ja ein EKG machen lassen. (...) Ich sach, kannst du den Doktor nicht mal anrufen und fragen, wie mein EKG ausgefallen ist? (...) Nee sacht er mach ich heut Abend (...) Und dann kriegste morgen früh Bescheid. Und am anderen Tag bin ich hin zum Doktor und dann hat er gesagt, es ist alles bestens, in Ordnung. Und dann sach ich, wieso steht hier beim EKG da unten die Schrift? Achja, sie haben ja Herzrhythmusstörungen (...) Ich sach wissen Sie was, geben Sie mir mal die Akte, ich geh zu meinem Doktor.“ (Herr Pape, 75 Jahre, nimmt acht verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Außerdem machte Herr Pape schlechte Erfahrungen mit einem Internisten, nachdem sein Hausarzt ihn zur Optimierung seiner antihypertensiven Behandlung dorthin überwiesen hatte. Nach der erstmaligen Vorstellung wurde seine Blutdruckmedikation vollständig umgestellt ohne Angabe von Gründen und ohne Rücksprache mit seinem Hausarzt. Daraus resultierte, dass die Blutdruckwerte des Patienten stark schwankten und er sich mit seinen neuen Medikamenten unwohl fühlte:

„Dann kam eine Umstellung (...) der gab mir vollkommen falsche Tabletten (...) da war mir schlecht, da gings mir wirklich schlecht.“ (Herr Pape, 75 Jahre, nimmt acht verschreibungspflichtige Medikamente ein)

Folge der fehlenden Kommunikation war die sofortige Beendigung der Facharzt-Patienten-Beziehung durch Herrn Pape. Dieser begab sich zur weiteren Behandlung in seine hausärztliche Praxis und mied die Besprechung seiner Beschwerden mit dem behandelnden Internisten. Er fühlte sich von diesem schlecht behandelt und nicht ernst genommen. Eine Absprache zwischen dem Hausarzt und dem Internisten hätte dem Patienten die Beschwerden erspart und sein Vertrauen in den spezialisierten Facharzt bestünde mutmaßlich weiterhin.

Die Einzelinterviews mit den Patienten verdeutlichen, dass mangelnde Absprachen in der medikamentösen Therapie zwischen spezialisierten Fachärzten und Hausärzten die Patienten verunsicherten und sie geregelte Absprachekonzepte forderten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die interviewten Patienten sich größtenteils mit ihrem Medikamentenregime arrangieren und sie sich selbst als sehr adhärent einschätzten. Auch wenn überwiegend von positiven Erfahrungen erzählt wurde, fällt in der Analyse der Interviews auf, dass die Patienten nur geringe Kenntnis über ihre Medikamente und Erkrankungen besaßen. Auch die Betreuung in der Apotheke beschrieben die Patienten als sehr gut. Die Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Fachärzten und Hausärzten wurde allerdings von den Patienten als schwierig wahrgenommen. Sie wünschten sich funktionierende und geregelte Absprachekonzepte zwischen ihren spezialisierten Fachärzten und ihrem Hausarzt.

4.2 Polypharmazie aus Sicht der Apotheker

Wie bereits im vorherigen Kapitel (3.5 Samplebeschreibung) näher erläutert, wurden die Namen der Apotheker pseudonymisiert und beginnen zum leichteren Verständnis mit dem Anfangsbuchstaben A (für Apotheker). Eine Übersicht über die interviewten Apotheker ist im Anhang (7.2 Übersicht über die interviewten Apotheker) dargestellt.

4.2.1 Erfahrungen mit Patienten, die von Polypharmazie betroffen sind

Allgemein beschrieben die interviewten Apotheker, dass es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme von Polypharmazie bei chronisch kranken Patienten gekommen sei. Heutzutage sei es fast die Norm, dass multimorbide Patienten über zehn Medikamente am Tag einnehmen. Sie begründeten die zunehmende Anzahl an Medikamenten vor allem durch den Anstieg der älteren Patienten mit chronischen Erkrankungen. Die interviewten Apotheker berichteten, dass im Allgemeinen die Kenntnisse der Patienten in Bezug auf die eigene Medikation sehr unterschiedlich ausgeprägt waren: Einige Patienten wussten genau, welche Medikamente sie wofür einnehmen, während andere die Wirkung ihrer

Medikamente im Einzelnen nicht kannten beziehungsweise nicht hinterfragten. Sie waren sich sicher, wenn der Arzt ihnen die Medikamente verschreibe, dass diese auch notwendig seien. Dieses große Vertrauen in den Arzt wird laut der interviewten Apotheker von allen Patienten thematisiert. Hierzu erzählt Frau Adam, die in einer ländlichen Apotheke tätig ist, von ihren Erfahrungen mit den Patienten, die aus ihrer Sicht großes Vertrauen in die ärztliche Tätigkeit zeigten:

„Also sie vertrauen dem Arzt schon ganz schön, unsere Patienten. Das sind ja die Älteren, hauptsächlich, ne? Und der Arzt, der Mann in Weiß, der hat Recht und der macht das auch richtig und so soll das sein.“ **(Frau Adam, 34 Jahre, elf Jahre Berufserfahrung)**

In diesem Zusammenhang beobachteten die Apotheker, dass das Vertrauen in den Arzt, insbesondere bei den älteren Patienten, so groß war, dass mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen durch die ihnen verschriebene Medikation nicht in Betracht gezogen würden. Frau Anders verdeutlichte, dass die Patienten beim Erfragen möglicher Nebenwirkungen häufig keinen Zusammenhang zu ihrer Medikation sahen:

„Und speziell, wenn man eben auch fragt in Richtung Nebenwirkungen, wenn man einfach nur fragt ‚Haben sie Nebenwirkungen?‘, das reicht in der Regel nicht aus. Also in der Regel ist es so, dass sie dann sagen ‚Nein‘, sie ‚vertragen das super.‘ Aber wenn man dann speziell mal nachfragt ‚Haben Sie vielleicht Verstopfungen?‘, weil das eben eine ganz typische Nebenwirkung für ein ganz spezielles Medikament ist, dann heißt es auf einmal ‚Ach ja, doch‘, das trifft auf ganz ganz viele Sachen zu.“ **(Frau Anders, 36 Jahre, zwölf Jahre Berufserfahrung)**

Um Problemen vorzubeugen und Auffälligkeiten in der Medikation, wie zum Beispiel mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen zu identifizieren, betonten die interviewten Apotheker, die bereits an der Vorstudie teilgenommen und Medikamentenreviews durchgeführt hatten, den Bedarf an Medikamentenreviews.

Frau Aster berichtete, dass eine Patientin durch die zu hohe Dosierung eines Medikamentes vermehrt über Muskelschmerzen geklagt habe. Sie überprüfte die gesamte Medikation der Patientin und sprach mit der behandelnden Ärztin über eine mögliche Anpassung. Nach der Veränderung in der Medikation ließen die Muskelschmerzen bei der Patientin nach.

„Ja, weil sie da tolle Nebenwirkungen hat, oder tolle Schmerzen auch und da hatte ich mir dann Sachen rausgesucht oder geguckt, was hat die Patientin eigentlich und ist sie damit nicht vielleicht zu hoch dosiert. Sollte man sie vielleicht runter dosieren oder was anderes dann noch supplementieren? Und das haben wir der Ärztin vorgeschlagen und sie ist auch drauf eingegangen. Also sie hat dann die Dosierung vermindert, und die Nebenwirkungen einfach auch.“ (Frau Aster, 34 Jahre, zehn Jahre Berufserfahrung)

Die interviewten Apotheker machten nicht nur auf den Bedarf an Medikamentenreviews, sondern auch auf den hohen Zeitaufwand der Medikamentenüberprüfung, aufmerksam. Frau Ahrens beispielweise machte wie die meisten interviewten Apotheker die Erfahrung, dass die Überprüfung der Medikation sehr zeitaufwändig sei. Sie wünsche sich für die Kontrolle der Medikamente gesetzliche Strukturen, wie unter anderem eine Vergütung für die Durchführung der Medikamentenreviews. Zusätzlich würde sie gesetzliche Strukturen für die Erfassung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme begrüßen:

„Es ist natürlich sehr sehr zeitaufwändig, sicherlich spart man ein paar Minuten ein, wenn man es häufiger macht, wenn man so ‚drin steckt‘ (...) Aus den Erfahrungen der letzten Jahre, was die Kassen dann immer so machen, was die Politik mit uns macht, denke ich nicht, dass das jemals vergütet werden wird. Da werden sie sich sträuben, das zu bezahlen, weil man das gerne so voraussetzt. (...) Und dass das vergütet und bezahlt wird und nicht immer alles gleich, das denke ich, ist so ein ganz ganz großes Übel.“ (Frau Ahrens, 44 Jahre, 21 Jahre Berufserfahrung)

Zudem gaben die interviewten Apotheker an, dass Rabattverträge vor allem ältere Patienten verunsichern würden. Die Patienten seien darüber hinaus über Medikamentenwechsel beunruhigt. Diese umfassen den Wechsel des Namens, der Verpackung, der Farbe oder Form. Diesbezüglich berichteten einige Apotheker, dass es seit Bestehen der Rabattverträge auch zu Fehleinnahmen, wie zum Beispiel doppelter Einnahme von Medikamenten, seitens der Patienten gekommen sei. Für die Patienten war beispielsweise durch den auf Grund von Rabattverträgen vorgenommenen Herstellerwechsel der Medikation die genaue Indikation des Medikaments nicht mehr nachvollziehbar.

Frau Aust, eine 34-jährige Apothekerin, die in einer Apotheke im Stadtgebiet arbeitet, schilderte die Problematik der wechselnden Medikamente und äußerte den konkreten Wunsch nach Abschaffung der Rabattverträge:

„Aber das Problem ist eigentlich zurzeit mit den Rabattverträgen, dass das eine zu große Packungsumstellung ist für die Patienten und dadurch durcheinander mit den Tabletten kommen. Das heißt, sie wissen nicht mehr für was das ist. Und es kommt teilweise auch zu Verwechslungen beziehungsweise, dass sie es gar nicht einnehmen. (...) Der Name kann zum Beispiel ganz anders sein. (...) Und im schlimmsten Fall kann es jetzt auch halt so sein, wenn zum Beispiel der Cholesterinsenker immer von 1A Pharma war und die Blutdrucktablette war von Ratiopharm und jetzt hat sich das aber aufgrund der Verträge umgestellt. Das heißt der Cholesterinsenker ist jetzt von Ratiopharm oder von ner anderen Firma und die Blutdrucktablette von 1A Pharma, dann kann es manchmal passieren, dass die denken, die Blutdrucktablette ist jetzt der Cholesterinsenker.“ **(Frau Aust, 34 Jahre, sechs Jahre Berufserfahrung)**

Generell berichtete ein Großteil der interviewten Apotheker über eine deutliche Zunahme von Patienten, die von Polypharmazie betroffen seien. Sie waren über die unterschiedlichen Kenntnisse der Patienten in Bezug auf ihre Medikamente erstaunt. In diesem Zusammenhang beobachteten die Apotheker, dass das Vertrauen in den

Arzt so groß war, dass mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen durch die ihnen verschriebene Medikation nicht in Betracht gezogen wurden. Zudem betonten die interviewten Apotheker den Bedarf an Medikamentenreviews. Diese könnten dabei helfen, mögliche Auffälligkeiten in der Medikation zu identifizieren. Nichtsdestotrotz machten sie auch auf den hohen Zeitaufwand der Medikamentenüberprüfung aufmerksam und wünschten sich gesetzliche Strukturen für eine entsprechende Vergütung.

4.2.2 Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Haus- und spezialisierten Fachärzten

Die Zusammenarbeit mit Haus- und spezialisierten Fachärzten bewerteten die interviewten Apotheker als schwierig. Es berichteten nur wenige über keine oder wenige Probleme im interprofessionellen Austausch. Die interviewten Apotheker aus der Großstadt erzählten im Gegensatz zu ihren Kollegen aus dem ländlichen und mittelstädtischen Gebiet häufiger über schlechte Erfahrungen. Die Großstadt-Anonymität habe zur Folge, dass die zu kontaktierenden Ärzte den Apothekern kaum bekannt seien. Apotheker aus dem ländlichen und mittelstädtischen Gebiet dagegen nahmen zum Teil eine vertrauensvolle und langjährige Zusammenarbeit mit den Ärzten vor Ort wahr. Diese erfolgreiche Zusammenarbeit ist am ehesten durch die räumliche Nähe, ein damit verbundenes Gemeinschaftsgefühl und die gegenseitige Wertschätzung zu erklären. Frau Ammer, eine Apothekerin, die zum Zeitpunkt des Interviews in der Großstadt tätig war, beschrieb, dass die Kontaktaufnahme vor allem bei unbekannten Ärzten erschwert sei:

„Und ja, manchmal sind es so andere Ärzte, die bisschen weiter weg sitzen, mit denen man jetzt nicht ständig vielleicht Kontakt hat. Da ist es schwierig, die zu erreichen oder denen irgendetwas vorsichtig zu erläutern, dass man denen nicht gleich das Gefühl vermittelt, ja, wie soll man das sagen, dass man denen irgendwie auf die Füße tritt (...) Das ist halt immer so ein bisschen schwierig, beziehungsweise, ob man die überhaupt erreicht dann. Manche kriegt man ja auch nicht so schnell ran.“ **(Frau Ammer, 31 Jahre, acht Jahre Berufserfahrung)**

Die häufigsten Anlässe für die Kontaktaufnahme der Apotheker zu den Ärzten seien mögliche Medikamentenwechselwirkungen, Kontraindikationen und Verschreibungsunklarheiten. Nur wenige Apotheker berichteten über positive Rückmeldungen seitens der Hausärzte, wie in diesem Fall Frau Aster:

„Wir haben eine Ärztin mit der funktioniert das richtig gut. Die ist auch offen für Vorschläge oder fragt auch mal nach“ (Frau Aster, 34 Jahre, zehn Jahre Berufserfahrung),

Die Mehrheit der Apotheker hatte vorwiegend negative Erfahrungen gemacht. Einige Apotheker scheiterten schon an der Kommunikation mit den Medizinischen Fachangestellten, da diese sich weigerten, die Apotheker zum Arzt telefonisch durchzustellen. Sie äußerten aufgrund dessen das Gefühl, den Arzt im Tagesablauf zu stören.

Wenige der interviewten Apotheker berichteten bezogen auf die Kontaktaufnahme zu den Hausärzten sogar von Beleidigungen und respektlosem Umgang ihnen gegenüber. Frau Ahrens erzählte resigniert von der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Sie empfand die Kommunikation seitens der Ärzte als ablehnend, da diese ihr das Gefühl gäben, von oben herab behandelt zu werden und die Kommunikation nicht auf Augenhöhe stattfinden würde. Die Ärzte dagegen empfänden aus Sicht der Apothekerin Rückmeldungen seitens der Apotheke als Einmischung und Bevormundung. Frau Ahrens äußerte den Wunsch nach mehr Anerkennung ihrer Arbeit:

„Man hat oft das Gefühl, dass wir da nur als Schubladenzieher betrachtet werden und ‚Wie können die sich anmaßen, sich darüber ein Urteil zu bilden?‘. Und es gibt ja dann doch relativ viele Ärzte, die dann meinen, man würde ihnen was wegnehmen, wenn sie nicht über alles drüber gucken und nicht alles ihre eigenen Ideen und ihre eigenen Vorstellungen sind (...). Es wäre schöner, wenn das wieder mit ein bisschen mehr Respekt [gehen würde].“ (Frau Ahrens, 44 Jahre, 21 Jahre Berufserfahrung)

Die interviewten Apotheker gaben an, dass sie sich für die medikamentöse Beurteilung der Patienten ausreichend ausgebildet fühlten. Die Belegschaft der Apotheken bestünde aus qualifizierten Mitarbeitern, die fachlich kompetent seien und regelmäßig an medizinischen und pharmazeutischen Fortbildungen teilnehmen würden. Sie machten darauf aufmerksam, dass auch sie Verantwortung für die Medikation der Patienten tragen würden, da sie die Medikamente aushändigten. Den Apothekern sei dabei bewusst, dass sie bei einer Medikationsanalyse nur die Gesamtmedikation des Patienten auf mögliche arzneimittelbezogene Probleme prüften und nicht die Laborwerte, Diagnosen und Anamnesen berücksichtigen konnten. Trotzdem könnten die Apotheker aus ihrer Sicht bei der Überprüfung der Medikation sehr hilfreich sein. Sie wünschten sich diesbezüglich mehr Unterstützung und Vertrauen durch die Hausärzte. Herr Aurich, Teilnehmer einer Fokusgruppendifkussion, verdeutlichte hierzu:

„Diese Abfolge von Augenpaaren, die auf ein und dasselbe schauen – das ist der Chirurg, das ist der Kardiologe und natürlich hat da der Apotheker seine ganz eigene Sicht auf die Medikamentierung. Der betrachtet weniger die Historie des Patienten, die Anamnese und alles was dazu gehört, sondern der hat die rein, ich sage jetzt mal, digitale Sicht auf Geschehen. (...) Ich will keinen Arzt in seiner Therapiehoheit beeinflussen oder bevormunden, sondern ich mache dem Arzt einen Vorschlag, er gleicht das mit der Patientengeschichte ab – entweder, es wird entsprechend umgestellt, oder es bleibt so, weil dann hat es seinen Grund. Wichtig ist nur, dass der Dialog stattfindet.“ **(Aus der zweiten Fokusgruppe mit Hausärzten und Apothekern, Herr Aurich, keine demographischen Angaben erhoben)**

Die meisten interviewten Apotheker machten die Erfahrung, dass die Ärzte oft keine Einsicht bei Verschreibungsfehlern zeigten. Sie hätten das Gefühl, dass sich die Ärzte angegriffen fühlten, den Apothekern skeptisch gegenüberträten und ihnen häufig sehr kritische und undankbare Rückmeldungen gäben:

„Das haben wir schon immer so gemacht - und dann kann das auf keinen Fall schlecht sein. Ich, hm, ja, schwierig. (...) Es ist dann immer ganz schwierig, wegen der Therapiehoheit des Arztes. Es wäre schön, wenn sie dann – es ist ja doch immer ein gut gemeinter Ratschlag – wenn sie dann mal über ihren Schatten springen und das mal annehmen könnten. Die betrachten es recht häufig als Bevormundung. (...) Es ist ja auch normalerweise eine Arbeitserleichterung, wenn dann die Apothekerin anruft/ der Apotheker und sagt: ‚Achtung, da mal raufgucken‘ – das sehen aber die Wenigsten sehen das so als Arbeitserleichterung. Die denken dann, nach wie vor, wir haben was auszusetzen und wiegeln den Patienten auf und das ist nicht richtig so – das einfach anzunehmen und dann jetzt zu sagen ‚Ok, danke für den Hinweis, habe ich auch Zeit gespart‘ oder ‚habe ich gar keine Zeit gehabt drüber nachzudenken‘, das kommt relativ selten.“ **(Frau Ahrens, 44 Jahre, 21 Jahre Berufserfahrung)**

Einige Apotheker gaben überdies an, dass sie bei manchen Ärzten resignieren würden, da sie immer wieder dieselben Auffälligkeiten in der Medikation der Patienten feststellten und diese mitteilen würden, dabei jedoch nicht auf Verständnis seitens der Ärzte treffen würden. Sie schlussfolgerten daraus, dass sie sich nicht einmischen sollten und die Ärzte ihnen signalisieren wollten, es besser zu wissen. Aus diesem Grund nahmen sie häufig keinen Kontakt mehr zu den betreffenden Ärzten auf. Frau Ammer:

„Omeprazol zu lange oder ähnliches. Ja, wenn sie dann anrufen, dann gibt es immer einen Grund, also, es liegt immer irgendetwas vor, weswegen der Patient das jetzt nehmen müsste oder in der Kombination nehmen müsste oder ähnliches.“ **(Frau Ammer, 31 Jahre, acht Jahre Berufserfahrung)**

Die Apotheker berichteten, dass die Ärzte nur sehr selten in Kontakt mit ihnen treten würden. Die Absprache zwischen Apotheke und Hausärzten fand dann meistens telefonisch oder per Faxesendung statt. Frau Aust beispielweise berichtete, dass sie Kontakt mit denjenigen Hausärzten meide, mit denen sie negative Erfahrungen

gemacht hat. Sie versuche dann, die Patienten auf mögliche medikamentöse Probleme aufmerksam zu machen. Die Erfahrungen von Frau Austs sind jedoch nicht ausschließlich negativ. Sie verdeutlicht aber, dass man sich stets eher an negative Einzelheiten als an positive erinnert. Dies wird von den weiteren Apothekern nicht explizit erwähnt, soll jedoch als Beispiel für eine kognitive Verzerrung bezogen auf die Wahrnehmung interprofessioneller Zusammenarbeit erwähnt werden:

„Aber manchmal haben wir auch richtig Ängste da anzurufen, weil wir Angst haben angeflert zu werden. Also man hat dann manchmal schon so schlechte Erfahrungen gemacht. Man hat bestimmt auch oft sehr gute Erfahrungen gemacht. Aber wissen Sie, zehnmal sehr gute und einmal schlechte Erfahrung... Man erinnert sich immer nur an die schlechte Erfahrung. (...) Und da kriegt man denn Angst und sagt denn: Ach, ob wir bei dem anrufen? (...) Und wenn ich sage: ‚Oh Gott! Bei dem ruf ich erst gar nicht an.‘ Dann versucht man den Patienten zu sensibilisieren. Son bisschen, ne? Oder sagt: Ja, gehen Sie mal hin und fragen Sie da nochmal nach.“ **(Frau Aust, 34 Jahre, sechs Jahre Berufserfahrung)**

Grundsätzlich war den Apothekern bewusst, dass eine telefonische Kontaktaufnahme während der Sprechstunde zur Unterbrechung der Arzt-Patienten-Gespräche oder der Behandlung führte und somit den gesamten Praxisablauf verzögerte. Frau Anders sah als eine Lösung zur Bewältigung dieses Problems die Möglichkeit einer festgelegten telefonischen Apothekensprechstunde. Eine halbe Stunde täglich würde aus ihrer Sicht genügen, als möglichen Zeitpunkt nannte sie die Mittagszeit:

„Und andererseits will man den Arzt natürlich auch nicht stören in seinem Tagesablauf. Das ist einfach auch schwierig. Günstig wäre natürlich eine feste Zeit. Wenn man sagen könnte, ok dann und dann, von zwölf bis halb eins ist quasi Apothekensprechstunde, da könnte man seine Fragen einfach mal stellen, da stößt man auf ein offenes Ohr, da hat der Arzt jetzt nicht tausend andere

Dinge im Kopf, sondern ist darauf eingestellt: ‚So, jetzt könnte die Apotheke anrufen‘. Das kann ich mir zum Beispiel – das wäre jetzt so spontan eine Sache, wo ich sage ok, das wäre vielleicht ganz gut. Dann würde man es vielleicht auch öfter nutzen und dann könnte sich automatisch vielleicht auch eine bessere Zusammenarbeit einstellen. Das kann ich mir jedenfalls vorstellen.“ **(Frau Anders, 36 Jahre, zwölf Jahre Berufserfahrung)**

Ein Großteil der interviewten Apotheker empfand es als notwendig, die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker zu verbessern. Als Basis einer erfolgreichen Zusammenarbeit sahen sie eine vertrauensvolle Beziehung, für die sich jedoch noch ein umfassender Entwicklungsbedarf abzeichnet. Die Interviewteilnehmer gaben an, dass die Beratung durch die Apotheke somit nicht als Konkurrenzangebot, sondern als Unterstützung in der medizinischen Behandlung empfunden werden sollte. Durch den häufigen Patientenkontakt erhielten sie Informationen, die dem Hausarzt teilweise durch fehlende interprofessionelle Kommunikation verwehrt blieben, die jedoch der Optimierung der medikamentösen Einstellung dienen könnten. Nach Aussage der Apotheker scheuten sich einige Patienten zum Beispiel bei Auffälligkeiten in der Medikation ihren Hausarzt zu kontaktieren. Frau Aster verdeutlichte diese Situation:

„Und die rücken oft nicht mit der Wahrheit raus. Aber ich habe das Gefühl bei uns noch eher als beim Arzt, weil sie hier offener reden, ne? Und weil sie hier mehr Zeit haben darüber zu reden.“ **(Frau Aster, 34 Jahre, zehn Jahre Berufserfahrung)**

In der Gesamtheit lässt sich festhalten, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Haus- und spezialisierten Fachärzten aus Sicht der Apotheker als schwierig empfunden wird. Die interviewten Apotheker äußern den Wunsch nach mehr Vertrauen in ihre Kompetenz und wünschen sich eine geregelte Kommunikationsstruktur für den interprofessionellen Austausch.

4.3 Polypharmazie aus Sicht der Hausärzte

Wie bereits im vorherigen Kapitel (3.5 Samplebeschreibung) näher erläutert, wurden die Namen der Hausärzte pseudonymisiert und beginnen zum leichteren Verständnis mit dem Anfangsbuchstaben H (für Hausarzt). Eine Übersicht über die interviewten Hausärzte ist im Anhang (8.3 Übersicht über die interviewten Hausärzte) dargestellt.

4.3.1 Herausforderungen und Probleme der Polypharmazie

Die Hausärzte begründeten die hohe Anzahl an Medikamenten bei chronisch kranken Patienten einerseits durch den stattfindenden demografischen Wandel und die damit einhergehend steigende Lebenserwartung, die zu einer Zunahme von Erkrankungen und deren medikamentöser Behandlung führen würden.

Andererseits wurde vermutet, dass auch die Behandlung nach Leitlinien die Problematik der Polypharmazie fördere. Die interviewten Hausärzte stellten klar, dass Leitlinien zum Großteil nicht die Herausforderungen der Multimorbidität berücksichtigen würden. Sie gaben an, dass es wichtig sei, bei chronisch kranken Patienten Behandlungsprioritäten zu setzen und diese auch individuell mit den Patienten zu besprechen. Die klinische Situation und die Beschwerden müssten mit den Therapiebedürfnissen der Patienten abgestimmt werden. Auch die Entscheidung über die Verschreibung von Medikamenten sollte, wenn möglich, mit den Patienten diskutiert werden. Bei den meisten interviewten Hausärzten wurden die Präferenzen des Patienten für die medikamentöse Behandlungsentscheidung bereits berücksichtigt.

Allgemein betonten die interviewten Hausärzte, dass es ihnen wichtig sei, die Anzahl der verordneten Dauermedikamente zu reduzieren. Sie würden bereits bei jeder Konsultation versuchen, die Medikamente der Patienten zu überprüfen, und wenn möglich, einzelne Tabletten abzusetzen. Hierbei sei ihr Ziel, mögliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen zu reduzieren und die Adhärenz der betroffenen Patienten zu steigern.

Herr Dr. Hahn versicherte im Interview, dass bei der Einnahme von mehr als fünf Medikamenten Probleme auftreten würden. Dabei könnten unter anderem auch die zunehmenden Schluckschwierigkeiten im Alter eine Rolle spielen. Er vermutete,

dass die Medikamente zum Teil nicht der Verordnung entsprechend eingenommen würden:

„Wenn die [Patienten] so sechs, sieben, acht verschiedene Medikamente haben, dann geht das mit Sicherheit schief. Und je mehr Medikamente man gibt, desto weniger glaubt man, dass die auch wirklich genommen werden.“ (Herr Dr. Hahn, 69 Jahre, 45 Jahre Berufserfahrung)

Zudem beobachteten die interviewten Hausärzte eine Zunahme der Medikamentenverschreibungen bei chronisch kranken Patienten nach Klinikentlassungen. Die interviewten Hausärzte vermuten, dass Schwierigkeiten bei der Überprüfung und der gegebenenfalls notwendigen Reduzierung der Akutmedikation durch die Klinikärzte aufgrund der meist sehr kurzen Liegedauer entstehen. Eine weitere Möglichkeit für die Zunahme der Medikamentenverschreibungen nach Klinikentlassung sei, dass die durch den Stationsarzt neu angesetzte Akutmedikation im Krankenhaus über den Klinikaufenthalt hinaus eingenommen werden müsse, obwohl der Patient bereits in stabilem Zustand wieder nach Hause entlassen werden konnte. Dabei sei es wichtig, dass in der Entlassmedikation angegeben wird, warum neue Medikamente angesetzt wurden und wie lange sie nach Entlassung weiter eingenommen werden sollten. So wäre die Überprüfung und Anpassung für die weiterbehandelnden Ärzte, vor allem für den Hausarzt erleichtert.

Herr Dr. Holz machte zusätzlich die Erfahrung, dass die Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt häufig mit mehreren Medikamenten entlassen wurden, wobei Klinikärzte die Wechsel- und Nebenwirkungen augenscheinlich nicht berücksichtigen würden. Auch hier sei es Aufgabe des Hausarztes, die Medikamente wieder anzupassen und eventuell zu verändern.

„Es wird immer in den ganzen Fortbildungen von Kliniken gepredigt, es sollen nicht mehr als drei bis fünf Medikamente sein, aber wenn die [Patienten] aus der Klinik entlassen werden, dann haben sie meist zehn und 15. Und da wird nicht auf die Wechselwirkungen geachtet (...) Und dann bleibt der dumme Hausarzt der Letzte, der das dann wieder korrigieren muss.“ (Herr Dr. Holz, 75 Jahre, 53 Jahre Berufserfahrung)

Einige Hausärzte sowie bereits publizierte Studien, wie zum Beispiel eine israelische Studie zeigten, dass eine komplette Medikamentenabsetzung oder eine Medikamentenreduktion bei Patienten zu einer symptomatischen Besserung führten. [100] Meist handelte es sich um Patienten, bei denen es Schwierigkeiten bei der medikamentösen Einstellung gab und bei denen immer mehr unspezifische Symptome auftraten. Das Alter der Patienten, bei denen probeweise ein Auslassversuch der Medikamente initiiert wurde, war überwiegend sehr hoch.

Ein weiterer Aspekt im Umgang mit Polypharmazie ist die Berücksichtigung des sich verlangsamenden Stoffwechsels im Alter. Die sich ändernde Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, wie zum Beispiel die verzögerte renale Elimination, müssen bei der medikamentösen Behandlung berücksichtigt werden.

Auch dieser Zusammenhang verdeutlicht aus Sicht der interviewten Hausärzte, dass die Lebensqualität der Patienten und deren Haupterkrankungen im Vordergrund stehen müssten. Durch die medikamentöse Behandlung jeder Erkrankung des Patienten, beziehungsweise jeder Art von Beschwerden, käme es zur Zunahme von Neben- und Wechselwirkungen. Als Folge würde sich häufig der Allgemeinzustand der Patienten verschlechtern mit Auswirkungen auf deren Lebensqualität. Herr Dr. Hesse berichtete zum Beispiel, dass er die Medikation bei Patienten, die über fünf verschiedene Medikamente einnahmen, meist von anderen spezialisierten Fachärzten übernommen hätte. Er selbst würde nicht bei jedem neu auftretendem Symptom ein neues Medikament verschreiben. In einigen Fällen habe er schon eine komplette Medikamentenabsetzung durchgeführt, wenn es einem seiner älteren multimorbiden, von Polypharmazie betroffenen Patienten immer schlechter ging, ohne dass er die Ursache dafür finden konnte. Er wies darauf hin, dass er die radikale Absetzung mit den anderen Ärzten, die an der Medikamentenverschreibung beteiligt waren, nicht besprach, da er glaubte, dass sie es nicht für sinnvoll erachten würden.

Nach der kompletten Medikamentenabsetzung war es für ihn unerlässlich, die Patienten engmaschig zu kontrollieren und zu überprüfen, welche Medikamentenverschreibungen für den Patienten wirklich notwendig waren. Oft könne er so die Anzahl der Medikation von zehn auf beispielsweise drei reduzieren:

„Insofern bin ich eher ein Vertreter, der dazu neigt, wenn es keinen offensichtlichen Nutzen bei zehn verschiedenen Medikamenten (...) gibt (...) und dem geht es nicht gut, dann durchaus auch an Nebenwirkungen von Medikamenten zu denken und auch mal radikal alles abzusetzen (...) Um zu gucken wie es den dann erst mal geht.“ **(Herr Dr. Hesse, 45 Jahre, 16 Jahre Berufserfahrung)**

Insgesamt wird deutlich, dass den Hausärzten die Überprüfung und Reduzierung von Medikamenten bei chronisch kranken Patienten sehr wichtig ist. Häufig sei allerdings nach Entlassung aus der Klinik die genaue Indikation sowie Einnahmedauer der neu verschriebenen Medikation weder dokumentiert noch nachvollziehbar, sodass Unsicherheiten und hoher Kontrollaufwand beim Absetzen bestehen.

4.3.2 Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten

Generell beschrieben die Hausärzte die Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten als schwierig oder sogar als untragbar. Von einer guten Zusammenarbeit beider Gruppen wurde meist nur dann berichtet, wenn sich die Kollegen schon über mehrere Jahre kannten. So schilderte eine interviewte Ärztin folgendes:

„Das sind ja dann in erster Linie die Kardiologen, mit denen ich [lange] zusammenarbeite. (...) Also kurz ein Telefonat, wenn da unterschiedliche Meinungen sind. Da wird kurz durchgerufen und dann wird ein gemeinsamer Nenner gefunden.“ **(Frau Dr. Hartmann, 57 Jahre, 33 Jahre Berufserfahrung)**

Außerdem berichteten die Hausärzte, die sich in der Behandlung multimorbider Patienten auf die Haupterkrankungen fokussierten, dass es für die spezialisierten Fachärzte oft schwierig nachzuvollziehen war, wenn bei bestimmten Laborwerten keine Medikamente verschrieben würden. Frau Dr. Hartmann verdeutlichte die Schwierigkeiten beim Umgang mit pathologischen Laborwerten, denn aus ihrer

Sicht sollten keine Laborbefunde behandelt werden. Die Behandlung müsse in das Gesamtkonzept der Diagnosen, der Medikamente und der Wünsche der Patienten passen. Spezialisierte Kollegen hingegen würden die Patienten darauf hinweisen, Medikamente aufgrund bestimmter Laborwerte einnehmen zu müssen, dabei jedoch die Rücksprache mit dem Patienten und die Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes vernachlässigen.

„Wenn jetzt beim Patienten (...) die Fettwerte hoch sind und sie beobachten das (...) ja, was machen Sie dann? Wenn ein Patient über 75, 80 ist. Sie geben zum Beispiel einen CSE-Hemmer, überlegt man sich schon, ist das wirklich sehr sinnvoll? (...) Aber lassen Sie die Patienten nun zu einem Fachkollegen kommen oder zum Endokrinologen oder akut in die Klinik (...) Dann heißt es immer: ‚Hat ihr Doktor denn nicht gesagt, dass sie hohe Fettwerte haben und weshalb haben Sie keine Medikamente dagegen bekommen?‘“ **(Frau Dr. Hartmann, 57 Jahre, 33 Jahre Berufserfahrung)**

Die interviewten Hausärzte gaben an, dass die Medikamentenpriorisierung, also die vordergründige Behandlung der Haupterkrankung, vor allem durch spezialisierte Fachärzte häufig zu gering stattfand. In diesem Zusammenhang müsse allerdings berücksichtigt werden, dass die zunehmende Spezialisierung in der Medizin zu einem Verlust der Ganzheitlichkeit führe. So beschrieb beispielsweise Frau Dr. Holm die folgende Schwierigkeit, wenn spezialisierte Fachärzte nur ihr eigenes Fachgebiet beachten:

„Jeder Facharzt hat sein Gebiet und es wird nicht das Ganze, die Person Mensch betreffend betrachtet. (...) Naja, der Orthopäde sieht halt nur seine Knochen und seine Probleme. Der Nephrologe sieht seine Nieren.“ **(Frau Dr. Holm, 58 Jahre, 34 Jahre Berufserfahrung)**

Die Vernachlässigung der Gesamtsituation des Patienten durch den spezialisierten Facharzt hätte zur Folge, dass der Hausarzt zusammen mit dem Patienten erneut einen Überblick über Erkrankungen und Medikation gewinnen und eine Abstimmung vornehmen müsse. Auch Herr Dr. Holz, mit 75 Jahren der älteste interviewte Hausarzt und 53 Jahren Berufserfahrung, machte wie die meisten interviewten

Hausärzte die Erfahrung, dass Polypharmazie mit der Anzahl der Facharztkontakte steige. Entsprechend seiner Meinung verschreibe jeder spezialisierte Facharzt nach den Leitlinien seines Fachgebietes Medikamente, ohne Kenntnis und Berücksichtigung der vorangegangenen Medikation seiner Kollegen. Die Erkrankungen des eigenen Fachgebiets stünden im Vordergrund und deren Behandlung sei besonders wichtig. Es fand keine Kommunikation mit den anderen Ärzten statt, um die neuen Medikamentenverschreibungen mit den bereits bestehenden Diagnosen und Medikamenteneinnahmen abzustimmen. Er äußerte sich diesbezüglich folgendermaßen:

„Jedes Spezialgebiet verordnet die Medikamente ohne Berücksichtigung der Polymorbidität des Patienten. Der Kardiologe macht das für sich, der Pulmologe macht das für sich, der Nephrologe macht das für sich und es wird nicht abgestimmt.“ **(Herr Dr. Holz, 75 Jahre, 53 Jahre Berufserfahrung)**

Zum Teil könnten die Hausärzte Verschreibungen auch nicht nachvollziehen oder im Arztbrief seien keine Erklärungen zu bestimmten Verschreibungen und Verschreibungszeiträumen zu finden. Die interviewten Hausärzte wiesen darauf hin, dass sie vor allem Unsicherheiten beim Absetzen der Medikamente, die spezialisierte Fachärzte verordnet hatten, verspürten. Es sei oft schwierig abzuschätzen, ob die Medikation nur vorübergehend oder dauerhaft eingenommen werden sollte. Frau Dr. Haase erzählte im Interview:

„Wenn es internistische Patienten sind, die von der Klinik ins Pflegeheim gehen oder (...) von der Klinik nach zu Hause. Da spritzen wir manchmal bis zu einem halben Jahr Clexane (...) und überlegen natürlich dann, kann man da nicht langsam aufhören?“ **(Frau Dr. Haase, 62 Jahre, 41 Jahre Berufserfahrung)**

Frau Dr. Haase machte außerdem die Erfahrung, dass Patienten und auch Angehörige älterer Patienten Widerstand leisten, wenn sie Medikamente nach Facharztkonsultationen oder Klinikaufenthalten absetzen beziehungsweise reduzieren wollte:

„Und dann kommen oft die Angehörigen und sagen: ‚Sie können doch nicht!‘ Und das ist schwierig.“ **(Frau Dr. Haase, 62 Jahre, 41 Jahre Berufserfahrung)**

Die Hausärzte berichteten, dass sie selten auf Verständnis treffen würden, denn die vom spezialisierten Facharzt neu verschriebenen Medikamente würden von den Patienten beziehungsweise deren Angehörigen häufig als notwendig und hilfreich erachtet. Patienten und Angehörige bestünden darauf, dass in der Medikation keine Veränderungen veranlasst würden und eine Kommunikation sei äußerst schwierig. Auch Herr Dr. Henning, der mit 37 Jahren der jüngste interviewte Hausarzt war, machte diese Erfahrungen und erklärte sich diese wie folgt: Er vermutete, dass die Verschreibungen der Klinikärzte von den Patienten als besonders sinn- und wertvoll betrachtet würden und die Patienten ihnen daher großes Vertrauen entgegenbringen würden:

„Problem ist oftmals, wenn die Patienten im Krankenhaus waren, dass die halt mit ganz ganz vielen neuen Medikamenten dann aus dem Krankenhaus entlassen werden. Das, was aus dem Krankenhaus verordnet wird, ist natürlich erstmal ‚das Heilige‘, ist ja ganz klar, das ist ja ‚die hohe Kunst‘, mit der sie dann entlassen werden und dann ist es immer schwierig zu kommunizieren was davon noch notwendig ist.“ **(Herr Dr. Henning, 37 Jahre, vier Jahre Berufserfahrung)**

Des Weiteren erzählte Herr Dr. Henning, dass nach neuen Medikamentenverschreibungen entsprechende Arztbriefe oder Medikamentenpläne verspätet kämen oder gar nicht vorlägen, sodass es oft schwierig sei, einen Überblick über die Medikation der Patienten zu behalten:

„Das ist natürlich manchmal schon blöd. Dass halt manchmal die Leute irgendwelche Medikamente kriegen und dann kommen keine Arztbriefe, oder das wird auf dem Medikamentenplan von den Fachärzten nicht erwähnt.“ **(Herr Dr. Henning, 37 Jahre, vier Jahre Berufserfahrung)**

Der Großteil der interviewten Hausärzte erlebte die Kontaktaufnahme zu den

spezialisierten Fachärzten als schwierig. Grund hierfür sei insbesondere die schlechte Erreichbarkeit der spezialisierten Fachärzte sowie der hohe zeitliche Aufwand während der Sprechstunde. Auch Herr Dr. Henning hatte aus zeitlichen Gründen selten die Möglichkeit, Rücksprache über die Medikation seiner Patienten zu halten. Er räumte ein, dass nur die Zusammenarbeit in dem Ärztehaus, in dem er arbeitete, gut funktioniere.

Grundsätzlich wünschen sich die interviewten Hausärzte eine bessere Zusammenarbeit mit den verschiedenen spezialisierten Fachärzten. Sie würden sich zu häufig nur auf ihr Fachgebiet konzentrieren und Medikamente ohne Rücksicht auf andere Erkrankungen verschreiben. Die vorrangige Behandlung der Haupterkrankungen durch die spezialisierten Fachärzte sei noch zu selten. Zusätzlich fordern die Hausärzte eine größere Transparenz für die medikamentösen Verschreibungen.

4.3.3 Zusammenarbeit mit Apothekern

Im Gegensatz zu den Problemen, die sich aus der Zusammenarbeit mit den spezialisierten Fachärzten ergaben, berichteten die interviewten Hausärzte insbesondere aus dem mittelstädtischen und ländlichen Gebiet kaum über Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Apothekern. Die interviewten Hausärzte beschrieben die Überprüfung von Medikationen als sehr zeitaufwändig, daher schätzten sie die Unterstützung der Apotheke und die telefonischen Nachfragen bei Unklarheiten oder möglichen Neben- und Wechselwirkungen. Herr Dr. Hahn, aus einem mittelstädtischen Raum, gab an, dass er bei Fragen jederzeit telefonisch einen Apotheker kontaktieren könnte und auch andersherum sei er immer erreichbar, sodass Unstimmigkeiten schnell behoben werden könnten:

„Ja, also wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Apotheken hier. Ich hab auch eine Hausapotheke hier (...) und die rufen mich auch an, wenn denen etwas auffällt, was nicht ganz zusammen passt. Oder wenn irgendwie dann eine Medikation mal falsch aufgeschrieben ist, gibt's ja auch mal, jeder macht Fehler. Doch, da rufen die mich an und dann besprechen wir das und das geht gut.“ (Herr Dr. Hahn, 69 Jahre, 45 Jahre Berufserfahrung)

Insgesamt gaben jedoch nur wenige Hausärzte an, aus eigener Initiative Kontakt zur Apotheke aufzunehmen, Grund hierfür sei meist ein Mangel an Zeit.

Obwohl die Zusammenarbeit mit den Apothekern überwiegend positiv empfunden wird, hat sich in Einzelfällen gezeigt, dass Hausärzte die Zuständigkeiten der Apotheker hinterfragen. Sie empfanden sich selbst als am kompetentesten und sahen sich verantwortlich für die Behandlung und Medikation der Patienten.

In vielen Fällen hatten sie auch das Gefühl, dass es den Apothekern durch mangelnde Hintergrundinformationen zur medikamentösen Einstellung und/oder mangelndes professionelles Wissen nicht möglich sei, bestimmte Verschreibungen der Ärzte zu verstehen oder nachzuvollziehen.

Herr Dr. Holz äußerte sich in Bezug auf die Apotheke ablehnend. Aufgrund der nicht ausreichenden Ausbildung der Apotheker in der Therapie von Krankheiten, würde er kaum Kontakt zu Mitarbeitern der Apotheke aufnehmen. Er wüsste auch nicht, warum es sinnvoll wäre, die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheke zu verbessern. Die potentiellen Wechsel- und Nebenwirkungen würde er selbst in seinem Medikamentenprogramm nachschlagen, da brauche er keine Kontaktaufnahme zur Apotheke.

„Aber das ist nicht die Regel, [dass ich anrufe] weil der Apotheker (...) lernt (...) nicht die Therapie. Der lernt wie die Pille zusammengedreht wird. Welche Wirkung und das Andere, das kann ich heute hier alles nachgucken.“ (Herr Dr. Holz, 75 Jahre, 53 Jahre Berufserfahrung)

In diesem Zusammenhang erzählten die interviewten Hausärzte, dass sie das Eingreifen beziehungsweise die Rückmeldung von Apothekern nur schätzten, wenn es für die Behandlung des Patienten klinisch relevant sei.

Sie betonten, dass ausschließlich Apotheker mit langjähriger Berufserfahrung entscheiden könnten, welche Informationen für die Hausärzte relevant wären und hinterfragten den Nutzen von telefonischen Rückmeldungen von *„jungen, unerfahrenen Apothekern, die beispielsweise auf relative Kontraindikationen“* ohne sinnvollen Lösungsansatz aufmerksam machten.

Vielmehr wünschten sie sich spezifische Vorschläge, um die pharmazeutischen Probleme zu lösen. Während einer Fokusgruppendifkussion äußerte Herr Dr.

Hoffmann, ein 45-jähriger Hausarzt aus dem städtischen Gebiet folgendes:

„Deswegen ist es ja ganz wichtig, wer anruft. Also erstmal: Ist es jemand, der Erfahrungen hat oder ist es jetzt irgendjemand, der gerade so nebenbei so'n ‚Bling‘ hat, auf seinem Computer – der ruft dann schnell mal den Hausarzt an, ne? Das spielt auch 'ne Rolle. Wer dort auf einen zukommt. (...) Ich meine das so, dass wir dann auch gleich den Lösungsansatz brauchen. Also dass wir dann, wenn wir das haben, auch gleich irgendeinen Weg haben, was machen wir jetzt aus der Information?“ (Herr Dr. Hoffmann, 45 Jahre, es werden keine weiteren demographischen Angaben erhoben)

Auch Herr Dr. Hassel, ein 49-jähriger Hausarzt aus dem städtischen Gebiet berichtete von seinen kommunikativen Erlebnissen mit benachbarten Apothekern: Angesichts seines empfundenen Zeitmangels fühlte er sich bei Anrufen von Apothekern, die sich *„nicht auf das Wesentliche konzentrieren könnten“*, überlastet. Er setzte durch, dass ihn lediglich zwei erfahrene Apotheker aus der benachbarten Apotheke telefonisch kontaktieren durften:

„...gibt's ja auch in der Apotheke bei mir nebenan, da gibt's zwei Mitarbeiterinnen, also wenn die anrufen, dann sträuben sich bei mir schon die Nackenhaare. Und dann holen die erstmal ganz lange aus. Dann sage ich schon immer [haut auf den Tisch]: Reden Sie schnell, ich hab keine Zeit. Dann sind die völlig fertig und dann: Ja, worum geht's denn nun eigentlich? Und dann, ja. Dann legen sie auf, weil sie sich nicht konzentrieren können. Und so 'ne Antwort ist dann natürlich ‚Der Arzt will nicht mit mir sprechen.‘ Dabei braucht die nur einen Satz sagen! ‚Ich habe gesehen, dass dieses und jenes Medikament...‘ Nein! ‚Bei mir ist Herr Sowieso und der hat wieder seine Tabletten geholt und Sie wissen ja –‘ ‚Reden Sie schnell!‘ Und schon verschlägt es ihr in devoter Art und Weise die Sprache und wenn ich dann noch einen Satz dazu sage, dann bin ich wieder der Böse. Aber die Zeit habe ich nicht, mich auf das Gelaber eines Apothekers – und ich kenne nur Apotheker, die wirklich auch Zeit haben, ne? Die haben Zeit im Gegensatz zu uns. (...) Ja, ich hab jetzt durchgesetzt, es darf mich die Chefin anrufen,

die neue Kollegin darf mich auch noch anrufen und die anderen dürfen mich gar nicht erst anrufen. Weil ich weiß, da kommt nur Gesabbel. Die können sich gar nicht kurzfassen." **(Herr Dr. Hassel, 49 Jahre, weitere demographische Angaben werden nicht erhoben)**

In den Interviews und Fokusgruppendifkussionen war die steigende Anzahl von chronisch kranken Patienten und deren Behandlung ein großes Thema. Hausärzte sahen diese Entwicklung als Herausforderung an. Häufig fühlten sie sich überfordert, diese Patienten unter Zeitdruck zu behandeln und dabei die gleichzeitige Verschreibung mehrerer Medikamente zu vermeiden.

Die meisten Hausärzte waren der Meinung, dass Apotheker nicht in der Lage wären, mit dieser Herausforderung umzugehen. Zum Teil bestand sogar die Vermutung, dass die Apotheker mit eben diesen Patienten ihr Geld verdienen wollten. Hierzu schilderte Herr Dr. Hassel folgendes:

„Aber so was Polypharmazie betrifft, gibt's keine, sagen wir mal ‚Hilfe‘ oder was. Was sollen die auch machen? Die leben davon, dass die das rausgeben was wir aufschreiben. Und da gibt's keinen Grund für die Apotheke, aktiv zu werden." **(Herr Dr. Hassel, 49 Jahre, es werden keine weiteren demographischen Angaben erhoben)**

Herr Dr. Hoffmann äußerte entsprechend das Gefühl, dass die Apotheker Polypharmazie geradezu fördern und begrüßen würden:

„Das Problem ist, dass die Apotheken genau das fördern. Die verkaufen Blutzucker-Messgeräte und wenn sie könnten, würden sie noch Fett-Messgeräte und alles Mögliche verkaufen. Die sorgen ja dafür, dass die Leute nervös werden. Die machen Phlebographien, irgendwelche Pseudo-Dinger da. Osteoporose-Messungen, Fettwert - Bestimmungen, die heizen ja das an. Die wollen mehr Medikamente verkaufen - wir sind uns einig, dass wir weniger haben wollen. Das seh' ich so und das ist auch so eine Sache, die nebenbei noch läuft, ne? Eben, dass wir unterschiedliche Interessen

haben.“ (Herr Dr. Hoffmann, 45 Jahre, es werden keine weiteren demographischen Angaben erhoben)

Negative Erfahrungen machten einige Hausärzte mit den Apotheken auch im Zusammenhang mit den sogenannten Rabattverträgen. Frau Dr. Haase berichtete über ihre Erfahrungen:

„Probleme macht uns natürlich jetzt diese ganze Rabattgeschichte mit den ständigen Wechseln der Pharmafirmen. Das ist eine Katastrophe. Ich hab eigentlich mehr Angst gehabt, dass da vieles verwechselt wird aber das ist schon vorgekommen, dass Patienten doppelt genommen haben.“ (Frau Dr. Haase, 62 Jahre, 41 Jahre Berufserfahrung)

Die Hausärzte vermuteten eine zunehmende Verunsicherung von Patienten aufgrund von Rabattverträgen und wünschten sich mehr Unterstützung und Aufklärung durch die Apotheken.

4.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aus Sicht aller Beteiligten Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation zwischen Patienten, Apothekern und Ärzten bestehen. Die Interviews zeigen grundsätzlich eine hohe patientenseitige Zufriedenheit mit der medikamentösen Einstellung. Die Patienten berichteten ausreichende Kenntnisse über ihre Medikation zu haben und schätzten sich selbst als sehr adhärent ein. Die Analyse der Interviews zeigt jedoch, dass die wenigsten Patienten genaue Angaben zu ihrer Medikation machen konnten und selten einen Bezug zwischen neu auftretenden Beschwerden und neu verschriebenen Medikamenten herstellten. Auch die Erfahrungen der Patienten mit der Apotheke waren sehr positiv und wurden als Sicherheit gebend beschrieben. Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und spezialisiertem Facharzt wurde allerdings von den Patienten als schwierig beschrieben. Sie wünschten sich geregelte und gut funktionierende Absprachen zwischen den Ärzten.

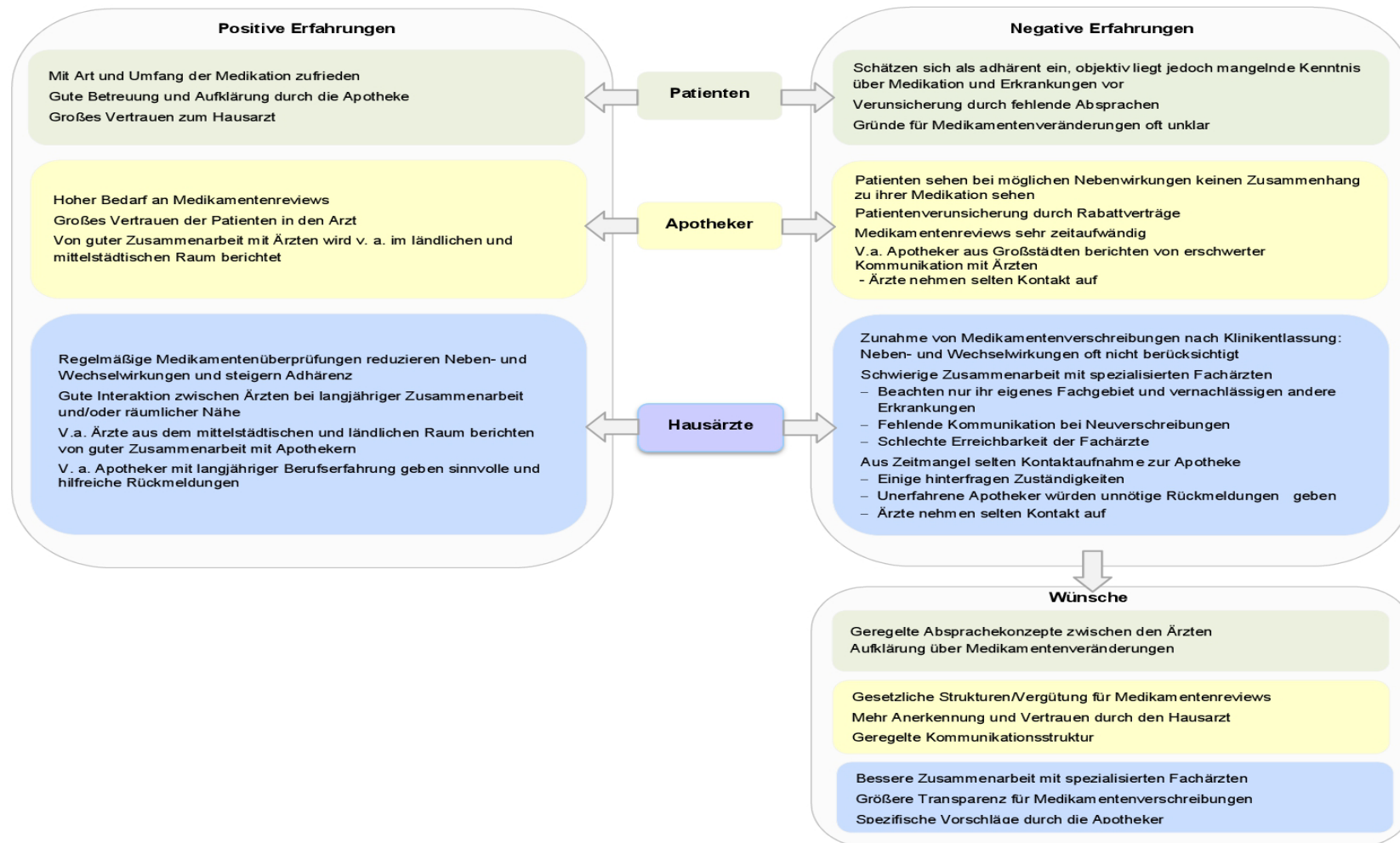
Die Apotheker berichteten über eine deutliche Zunahme von Polypharmazie und

bemerkten sehr unterschiedliche Kenntnisse der Patienten in Bezug auf ihre Medikation. In diesem Zusammenhang beobachteten sie das große Vertrauen der Patienten in ihre Hausärzte. Um mögliche Auffälligkeiten in der Medikation zu identifizieren, betonten sie den Bedarf an Medikamentenreviews. Die Apotheker empfanden sich für die medikamentöse Überprüfung ausreichend ausgebildet. Sie wünschten sich jedoch für die zeitaufwändigen Medikations-Checks gesetzliche Strukturen für eine entsprechende Vergütung. Generell betonten die Apotheker, dass die Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern schwierig sei und wünschten sich eine geregelte Kommunikationsstruktur für den interprofessionellen Austausch.

Die Ärzte dagegen schätzten zwar im Allgemeinen die Arbeit der Apotheker, nahmen jedoch aus empfundenen Zeitmangel und aufgrund der Vermutung, die Apotheker seien schlecht ausgebildet, selten Kontakt auf. Vereinzelt bestand auch die Vermutung, dass Polypharmazie durch Apotheker gefördert würde, da es ihnen einen finanziellen Vorteil bringen würde. Die Ursache für Polypharmazie sahen Hausärzte in der steigenden Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme von Erkrankungen sowie in der Behandlung nach Leitlinien. Die vorrangige Behandlung der Haupterkrankungen sei noch zu selten, stattdessen würden spezialisierte Fachärzte sich nur auf ihr Fachgebiet konzentrieren und Medikamente ohne Rücksicht auf andere Erkrankungen verschreiben. Zusätzlich forderten die Hausärzte eine größere Transparenz. Die Verschreibungen der spezialisierten Fachärzte seien für die Hausärzte häufig undurchsichtig und durch den vorhandenen empfundenen Zeitmangel und die schlechte Erreichbarkeit der spezialisierten Fachärzte sei eine Kontaktaufnahme schwierig. In der folgenden Abbildung 3 werden die Erfahrungen und Wünsche der interviewten Patienten, Apotheker und Hausärzte dargestellt.

Ergebnisse

Abbildung 2: Erfahrungen und Wünsche der interviewten Patienten, Apotheker und Hausärzte



5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung und Vergleich zur bisherigen Forschung

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen die Erfahrungen, die Patienten, Ärzte und Apotheker im Umgang mit Polypharmazie gemacht haben sowie die diesbezüglichen Herausforderungen, die sie jeweils wahrnehmen. Mittels offener Interviews mit chronisch kranken Patienten, Apothekern und Hausärzten sowie Fokusgruppendiskussionen mit Apothekern und Hausärzten wurde der Frage nachgegangen, wie jede dieser drei Gruppen mit Polypharmazie umgeht und mit den jeweils anderen Parteien interagiert beziehungsweise die Kommunikation wahrnimmt. Ausgehend von dieser Fragestellung wurde zusätzlich untersucht, inwieweit Optimierungspotential vor allem in der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker besteht und wo hier genau angesetzt werden könnte.

Die offenen Interviews mit den ausgewählten sieben Patienten zeigten, dass die Patienten mit ihrer Medikation subjektiv gut zurechtkamen. Grundsätzlich bestand eine hohe patientenseitige Zufriedenheit mit der medikamentösen Einstellung. Kenntnisse über die eigene Diagnose oder die einzunehmenden Medikamente waren jedoch gering. Auch wurde bei neu hinzukommenden Beschwerden selten ein möglicher Bezug zu neu verordneten Medikamenten hergestellt. Das große Vertrauen, das die interviewten Patienten ihren Hausärzten entgegenbrachten, mag zumindest teilweise erklären, warum sich die Patienten eher weniger mit ihren Medikamenten auseinandersetzten. Einige Patienten nahmen dennoch Medikamente ein, von denen der Hausarzt nichts wusste. Dieses deckt sich mit dem in der Literatur beschriebenen Phänomen, dass Patienten die eigene Therapie-Adhärenz um ein Vielfaches höher einschätzen, als dies objektiv gemessen wird [101, 102]. Darüber hinaus werden Verordnungen von anderen spezialisierten Fachärzten sowie die Einnahme von frei verkäuflichen Medikamenten oft nicht in den Medikationsplänen der Patienten aufgeführt. [103]

Die Erfahrungen mit der Apotheke beschrieben die interviewten Patienten als sehr positiv. Die Betreuung in der Apotheke gab ihnen ein Sicherheitsgefühl. Dies stimmt mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen überein. [104, 105]

Die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und spezialisiertem Facharzt wurde von den Patienten nicht selten als schwierig empfunden. Die Mehrheit der interviewten

Patienten berichtete, dass bei Veränderungen in der Medikation kein Austausch unter den Ärzten stattfand. Sie wünschten sich gerade hier geregelte und gut funktionierende Absprachen zwischen den Ärzten.

In den offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen berichteten die interviewten Apotheker über eine von Ihnen beobachtete Zunahme von Polypharmazie. Sie nahmen auch sehr unterschiedliche Kenntnisse der Patienten in Bezug auf ihre Medikation wahr. Um mögliche Auffälligkeiten in der Medikation zu identifizieren, betonten sie den Bedarf an Medikamentenreviews. Die Apotheker empfanden sich für die medikamentöse Überprüfung grundsätzlich ausreichend ausgebildet. Sie wünschten sich jedoch für die zeitaufwändigen Medikations-Checks verbindliche Strukturen mit einer entsprechenden Vergütung. Eine Vielzahl von Studien zeigen, dass Apotheker das Potential und die Möglichkeit zur Erfassung und Überprüfung der Medikamentenverordnungen von Patienten besitzen, sie zur medikamentösen Überprüfung jedoch selten eingesetzt werden. [62-64] Gründe für die nicht vorhandene Nutzung der „Ressource Apotheker“ durch Ärzte sind unter anderem ein empfundener Zeitmangel, eine fehlende Vergütung, und ein mangelndes Vertrauen in die klinische Kompetenz, sowie ungenügende Absprachekonzepte. [65-68]

Generell betonten die Apotheker in der vorliegenden Untersuchung, dass die Kommunikation zwischen ihnen und den Ärzten schwierig sei. Die Mehrheit der Apotheker hatte sogar vorwiegend negative Erfahrungen gemacht. Einige Apotheker scheiterten schon an der Kommunikation mit den Medizinischen Fachangestellten, da diese sich weigerten, die Apotheker telefonisch zum Arzt durchzustellen. Sie äußerten aufgrund dessen das Gefühl, den Arzt im Tagesablauf zu stören. Einzelne der interviewten Apotheker berichteten, bezogen auf die Kontaktaufnahme zu den Hausärzten, sogar von Beleidigungen und respektlosem Umgang ihnen gegenüber. Die interviewten Apotheker äußerten den Wunsch nach mehr arztseitigem Respekt und wünschten sich eine geregelte Kommunikationsstruktur für den interprofessionelle Austausch. Apotheker aus ländlichen Räumen berichteten dagegen tendenziell eher von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Ärzten. Diese erfolgreiche Zusammenarbeit war am ehesten durch die räumliche Nähe, ein wahrgenommenes Gemeinschaftsgefühl und eine über einen längeren Zeitraum gewachsene gegenseitige Wertschätzung zu erklären.

Insgesamt nahmen 15 Hausärzte an den offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen teil. Die Überprüfung und mögliche Reduzierung von Medikamenten bei chronisch kranken Patienten waren den Hausärzten sehr wichtig. Die Ärzte schätzten im Allgemeinen die Arbeit der Apotheker. Sie berichteten jedoch, dass sie die Unterstützung durch Apotheker aus empfundenem Zeitmangel und aufgrund der Vermutung, die Apotheker seien nicht umfassend ausgebildet, selten in Anspruch nehmen würden. Eine qualitative Studie aus Neuseeland zeigt, wie groß dort die Vorbehalte der Ärzte im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Apothekern ist: Die Mehrheit der interviewten Hausärzte gab an, die Zusammenarbeit mit Apothekern als erhöhte Arbeitsbelastung zu empfinden. Gleichzeitig befürchteten die Ärzte, dass Patienten zunehmend verunsichert werden, wenn sich neben dem Arzt auch ein Apotheker zum Medikationsplan äußert. [67] Ähnliche Aussagen fanden sich auch in den für diese Arbeit durchgeführten Interviews. Vereinzelt äußerten die interviewten Hausärzte auch die Vermutung, dass Apotheken kaum einen Anreiz hätten, Polypharmazie zu reduzieren, da sie schließlich Gewinn mit dem Verkauf beziehungsweise der Weitergabe von Medikamenten erzielen würden. Die Ursache für Polypharmazie sahen Hausärzte vornehmlich in externen Faktoren, wie in der steigenden Lebenserwartung und der damit verbundenen Zunahme von Erkrankungen. Die Behandlung mehrerer einzeln betrachteter Erkrankungen nach spezialistischen Leitlinienempfehlungen ohne Rücksicht auf die oft vorliegende Multimorbidität wurde ebenfalls als externer Faktor genannt. Zusätzlich vermissten die Hausärzte eine bessere Nachvollziehbarkeit der Verschreibungen durch spezialisierte Fachärzte. Durch empfundenen Zeitmangel und die schlechte Erreichbarkeit der spezialisierten Fachärzte sei eine Kontaktaufnahme häufig schwierig.

In der durchgeführten Untersuchung bestehen aus Sicht aller Beteiligten Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten und Apothekern. Diese Ergebnisse stimmen mit bereits durchgeführten Studien überein, die ebenfalls die Kommunikation zwischen Hausarzt und Apotheker untersuchen. In einer 2016 veröffentlichten Studie berichten Rose et al., dass die Umsetzungsrate der Empfehlung seitens des Apothekers in Deutschland höher war, je länger eine Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker bestand. [106] Eine 2010 veröffentlichte Studie von Niquille et al. untersuchte den Einfluss auf die Arzneimittelverschreibungen durch regelmäßige lokale Qualitätszirkel mit

Apothekern und Ärzten. Die Medikamentenkosten in der Qualitätszirkel-Gruppe wurden gegenüber einer Vergleichsgruppe um 42% reduziert. [107] Eine weitere Studie, die 2017 von Pulst et al. veröffentlicht wurde, untersuchte die Kommunikation zwischen Apothekern und Ärzten bei möglichen Arzneimittelinteraktionen. Eine in einem Vorprojekt entwickelte Faxvorlage wurde Hausärzten und Apothekern vorgestellt. Anhand der ABDA-Kriterien (von 1: schwerwiegende Folgen wahrscheinlich/kontraindiziert bis 8: keine weiteren Maßnahmen erforderlich) konnten Apotheker mögliche Medikamenteninteraktionen mithilfe der Faxvorlage an den Hausarzt übermitteln. Eine Rückmeldung des Arztes erfolgte in über 65% der Fälle. Ein Fax als Hilfsmittel zur Kommunikation bei Verschreibungsauffälligkeiten scheint somit bei den Apothekern und Ärzten im Jahr 2017 noch bevorzugt zu werden. [108] Ein weiteres Projekt für eine bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern ist die 2014 gestartete Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN). Ziel des Projektes war es, die Therapiesicherheit bei chronisch kranken Patienten durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern zu erhöhen. Durch Bereitstellung einer elektronischen Plattform konnte die gesamte Medikation der Patienten erfasst und überprüft werden. Durch die regelmäßige Kontrolle der Medikation durch die Ärzte und Apotheker konnten zudem Fehleinnahmen vermieden werden. Für den Zeitaufwand erhielten Ärzte und Apotheker eine entsprechende Vergütung. [109]

5.2 Stärken und Schwächen der Studie

Die hier vorgestellte Studie wurde in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt, einem Bundesland, das besonders stark vom demografischen Wandel betroffen ist. Die demografische Alterung der Bevölkerung ist hier im Vergleich zu anderen deutschen Bundesländern besonders weit vorangeschritten. Multimorbidität und Polypharmazie werden von Ärzten und Apothekern besonders stark wahrgenommen. Die damit verbundenen Herausforderungen erleben sie täglich in ihrem Alltag. Mecklenburg-Vorpommern ist damit prädestiniert für die vorliegende Studie.

Die offene Herangehensweise der Interviews und der Fokusgruppendifkussionen

gab den Patienten, Hausärzten und Apothekern den Raum, ihre persönlichen Erfahrungen und Einstellungen darzulegen und zu diskutieren. Die Triangulation zweier qualitativer Methoden verstärkte diesen Aspekt zusätzlich: Während die Interviews eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Erfahrungen und Sichtweisen Einzelner erlaubten, ermöglichten die Fokusgruppendifkussionen einen Austausch miteinander, der Aspekte zutage förderte, die ohne Diskussion verborgen geblieben wären.

Auch haben die Gruppendiskussionen eine größere Themenbreite erreicht, als die Einzelinterviews. Zudem motiviert eine Gruppendiskussion einzelne Teilnehmer eher dazu, über die eigene Meinung nachzudenken und diese in Worte zu fassen. [96] Bisherige Studien zur Thematik haben bisher unter anderem zwar auch einen qualitativen Zugang genutzt, jedoch ohne dabei mehrere qualitative Methoden zu triangulieren. Die Erfahrung aus dieser Studie zeigt, dass dieses Vorgehen - wenn auch zeitaufwändig - sinnvoll und zielführend sein kann.

Die qualitative Auswertung fand in einem interprofessionellen Forscherteam statt. Die Gruppe setzte sich aus Medizinerinnen, Psychologinnen, Pharmazeuten und Soziologinnen zusammen. In regelmäßigen Diskussionen wurde somit unter Einbezug mehrerer Disziplinen versucht, Fehlinterpretationen zu erkennen und zu vermeiden.

Als wichtigste Limitation dieser Untersuchung kann die Zusammenstellung des Samples angeführt werden. Die interviewten Apotheker waren überwiegend weiblich und verfügten über wenig Berufserfahrung. Möglicherweise haben Apotheker mit einer langjährigen Berufserfahrung andere Erkenntnisse und Sichtweisen in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Des Weiteren kamen die Interviewteilnehmer überwiegend aus dem mittelstädtischen und großstädtischen Raum. Im Rahmen des Projektes war es leider nicht möglich und auch nicht Ziel, noch mehr Interviewteilnehmer aus dem ländlichen Raum zu rekrutieren.

5.3 Implikationen für die Praxis und weiterer Forschungsbedarf

Die Erfahrungen der offenbar erfolgreich zusammenarbeitenden Apotheker und Hausärzte in ländlichen Regionen könnten möglicherweise stärker in die Entwicklung

von Programmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit einfließen als bisher. Es liegt auch nahe eine Kooperation zwischen pharmazeutischen und medizinischen Instituten und Fakultäten in der Aus- und Weiterbildung von Apothekern und Ärzten zu etablieren. Dabei scheint von Bedeutung, Grundlagen für ein gegenseitiges Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe zu schaffen. Internationale Autoren vermuten, dass durch gemeinsame Veranstaltungen von Studierenden beider Berufsgruppen Barrieren abgebaut und Netzwerke frühzeitig geknüpft werden könnten. [110]

Eine weitere Maßnahme für einen Austausch beider Berufsgruppen wären regelmäßige lokale Qualitätszirkel. [107] Möglicherweise wäre die Umsetzung solcher Initiativen in ländlichen Gebieten einfacher als in der Stadt.

Zukünftige Studien könnten an der vorgelegten Arbeit ansetzen und weiter untersuchen, welche Faktoren die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker beeinflussen. Neben qualitativen, hypothesengenerierenden Ansätzen spielen hier später auch quantitative, konfirmatorische Studien eine Rolle. Interventionsstudien könnten evaluieren, welche Kommunikationsmodelle die Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Apothekern tatsächlich optimieren.

6 Thesen

1. Die Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität führt in vielen Fällen zu Polypharmazie. Auf der individuellen Ebene stellt Polypharmazie sowohl Patienten als auch Ärzte und Apotheker vor vielfältige Herausforderungen.
2. Der Zusammenarbeit von Hausärzten und Apothekern kommt daher im Zuge eines immer weiter voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels eine immer größere Bedeutung zu.
3. Aus der Literatur wissen wir, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Patienten, Apothekern und Hausärzten positive patientenrelevante Outcomes beeinflussen kann.
4. In Deutschland existieren bisher einige Initiativen, die genau diese schnittstellenrelevante Zusammenarbeit fördern wollen. Gleichzeitig ist aber nur wenig über die Qualität der Zusammenarbeit dieser drei Gruppen bekannt.
5. Im Fokus dieser Untersuchung stehen die persönlichen Einstellungen, Erfahrungen und Wahrnehmungen von multimorbiden Patienten, von Apothekern und von Hausärzten zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Detail wird untersucht, wie jede dieser drei Gruppen mit Polypharmazie umgeht und mit der jeweils anderen Gruppe kommuniziert beziehungsweise diese Kommunikation wahrnimmt.
6. Insgesamt wurden 20 offene Interviews mit Patienten, Apothekern und Hausärzten sowie zwei Fokusgruppendifkussionen mit Apothekern und Hausärzten durchgeführt. Die offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen wurden digital aufgezeichnet, anschließend vollständig transkribiert und software-gestützt kodiert und analysiert.
7. In den durchgeführten offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen bestehen aus Sicht aller Beteiligten Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten und Apothekern.
8. Obwohl Patienten sich grundsätzlich mit ihrer medikamentösen Behandlung und den jeweiligen Erfahrungen mit Hausärzten und Apothekern zufrieden zeigten, empfanden sie dennoch die Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Hausärzten als schwierig. Hier wünschten sie sich nach formellen und inhaltlichen Kriterien geregelte Absprachen.

9. Die Ärzte schätzten zwar im Allgemeinen die Arbeit der Apotheker, nahmen jedoch aus empfundenem Zeitmangel und aufgrund der Vermutung, die Apotheker seien zu wenig klinisch versiert, selten Kontakt auf.
10. Auch die Apotheker äußerten sich dahingehend, dass sie die Kommunikation zwischen ihnen und den Ärzten als oftmals schwierig empfanden. Sie äußerten den Wunsch nach mehr arztseitigem Vertrauen in ihre Kompetenzen und wünschten sich eine geregelte Kommunikationsstruktur für den interprofessionellen Austausch. Einige Apotheker aus ländlichen und mittelstädtischen Räumen berichteten von einer größtenteils vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Ärzten. Am ehesten war dies durch ein lokales Gemeinschaftsgefühl und sich daraus ergebender Wertschätzung zu erklären.
11. Die Erfahrungen der offenbar gut zusammenarbeitenden Apotheker und Hausärzte in ländlichen Regionen könnten möglicherweise stärker in die Entwicklung von Programmen zur interprofessionellen Zusammenarbeit einfließen als bisher.
12. Es liegt auch nahe, eine Kooperation zwischen pharmazeutischen und medizinischen Instituten und Fakultäten in der Aus- und Weiterbildung von Apothekern und Ärzten zu etablieren. Dabei scheint von Bedeutung, Grundlagen für ein gegenseitiges Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe zu schaffen.
13. Zukünftige Studien könnten an der vorgelegten Arbeit ansetzen und weiter untersuchen, welche Faktoren die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Apotheker beeinflussen. Neben qualitativen, hypothesengenerierenden Ansätzen spielen hier später auch quantitative, konfirmatorische Studien eine Rolle.

7 Literatur

- [1] Kröhnert S, Karsch M. Sterblichkeit und Todesursachen. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung. 2011
<https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/bevoelkerungsdynamik/faktoren/sterblichkeit.html> (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [2] Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T. Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut. 2009
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?_blob=publicationFile (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [3] Fulton M, Allen E. Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. J Am Acad Nurse Pract. 2005; 123-32.
- [4] Wehling M, Burkhardt H. Arzneitherapie für Ältere. 2011; 276.
- [5] Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. BMC Fam Pract. 2016
- [6] Luijckx H, Lucassen P, van Weel C, Loeffen M, Lagro-Janssen A, Schermer T. How GPs value guidelines applied to patients with multimorbidity: a qualitative study. BMJ Open. 2015
- [7] Søndergaard E, Willadsen TG, Guassora AD, et al. Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners' views and attitudes. Scand J Prim Health Care. 2015
- [8] Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. Arch Intern Med. 2011
- [9] Lavan AH, Gallagher PF, O'Mahony D. Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity. Clin Interv Aging. 2016
- [10] Jäger C, Steinhäuser J, Freund T, Szecsenyi J, Goetz K. Medication Lists and Brown Bag Reviews: Potential Positive and Negative Impacts on Patients Beliefs about Their Medicine. Biomed Res Int. 2015
- [11] Lochner S, Buitkamp M, Kirch W. Polypharmazie – wie beurteilen Patienten die Medikamentenverschreibung der Ärzte? In Böcken J, Braun B, Reipschläger U, (Hrsg.). Gesundheitsmonitor. 2011; 77-92.
- [12] Witt C, Treszl A, Wegscheider K. Comparative Effectiveness Research: Externer Validität auf der Spur. Dtsch Arztebl. 2011; 108: A 2468-74.
- [13] Cua YM, Kripalani S. Medication Use in the Transition from Hospital to Home. Annals of the Academy of Medicine. 2008; 136-41.
- [14] Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, et al. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation: Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. 2014.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05-abgelaufen.pdf (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [15] Maeda K. Systematic review of the effects of improvement of prescription to reduce the number of medications in the elderly with polypharmacy. Yakugaku Zasshi. 2009; 129(5):631–45.
- [16] Vass M, Hendriksen C. Polypharmacy and other people - the GP perspective. Z Gerontol Geriatr. 2005; 38(Suppl 1): I14–I17.

Literatur

- [17] Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Mater. Sociomed.* 2016; 28:129-32.
- [18] Haavik S, Soeviknes S, Erdal H, et al.: Prescriptions from general practitioners and in hospital physicians requiring Pharmacists' interventions. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20(1):50–56.
- [19] Wüstmann A, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter C. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. *Int J Clin Pharm.* 2013; 35(4):584–92.
- [20] Van C, Costa D, Abbott P, et al. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:320.
- [21] Ambler S. General practitioners and community pharmacists: times they are a-changing. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(493):594-95.
- [22] Dey R, de Vries M, Bosnic-Anticevich S. Collaboration in chronic care: unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *Int J Pharm Pract.* 2011; 19(1):21-29.
- [23] König F, Kaschka W. Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka. Thieme Stuttgart, New York. 2003; 16-32.
- [24] Siegmund - Schultze N. Polypharmakotherapie im Alter: Weniger Medikamente sind oft mehr. *Dtsch Arztebl.* 2012; 109(9), A-418/B-360/C-356.
- [25] Somers A, Robays H, Stichele R, et al. Contribution of drug related problems to hospital admission in the elderly. *J Nutr Health Aging.* 2010; 14:477–82.
- [26] Gundert-Remy U, Schmidlin O, Schroeder H. Einführung in die Klinische Pharmakologie: zum besseren Verständnis der Arzneimitteltherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokio. 1983
- [27] Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, et al. A Comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older. A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med.* 2009; 169(9):894-900.
- [28] Zermansky A, Petty D, Raynor D, Freemantle N, Vail A, Lowe C. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 2001; 323: 1340-43.
- [29] Krska J, Cromarty J, Arris F, et al. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing.* 2001; 30: 205-11.
- [30] Tannenbaum C, Tsuyuki RT. The expanding scope of pharmacists' practice: implications for physicians. *CMAJ.* 2013; 185(14):1228-32.
- [31] Hohle A. US-Apotheker: Immer mehr Patientenbetreuung. *Pharm Ztg.* 2015
<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-172015/immer-mehr-patientenbetreuung/> (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [32] Rassing D. Das Pharmaziestudium- ein internationaler Vergleich. *Deutsche Apotheker Zeitung.* 2014 <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-29-2014/pharmazie-studieren-in-deutschland-und-anderswo> (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [33] Siebenand S. Apotheke in den Niederlanden: Viel mehr als DocMorris. *Pharm Ztg.* 2012
<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-452012/viel-mehr-als-docmorris/> (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [34] Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Sterbetafel 2013/2015: Methoden- und Ergebnisbericht

Literatur

zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer. 2016: 14. www.destatis.de. (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[35] Morgenstern, K. Ein Viertel der 2016 geborenen Mädchen wird 100. Deutsches Institut für Altersvorsorge. 2016 <https://www.dia-vorsorge.de/demographie/ein-viertel-der-2016-geborenen-maedchen-wird-100-jahr-alt/> (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[36] Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. 2015: 6. www.destatis.de. (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[37] Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. 2014: 41. www.rki.de/geda. (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[38] Moßhammer D, Haumann H, Mörike K, Joos S. Polypharmacy - an upward trend with unpredictable effects. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113: 627.

[39] Wimmer BC, Bell JS, Fastborn J, Wiese MD, Johnell K. Medication Regimen Complexity and Polypharmacy as Factors Associated With All-Cause Mortality in Older People: A Population-Based Cohort Study. Ann Pharmacotherapy 2016, Vol. 50(2) 89.

[40] Leitliniengruppe Hessen, Ständige Leitlinien-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM), PMV Forschungsgruppe, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): Hausärztliche Leitlinie "Multimedikation". 2013.

[41] Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. Jama. 2005; 294(6): 716-24.

[42] Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch. Intern. Med. 2010; vol. 170, no.18: 648.

[43] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The Priscus List. Dtsch Arztebl Int. 2010: 107, 543-51.

[44] Wong NA, Jones HW. An analysis of discharge drug prescribing amongst elderly patients with renal impairment. Postgrad. Med. 1998; 420-22.

[45] Salomon L, Deray G, Jaudon MC, et al. Medication misuse in hospitalized patients with renal impairment. Int. J. Qual. Health Care 15. 2003; 331-35.

[46] Bertsche T, Haefeli WE. Individualisierte Arzneimitteltherapie bei Niereninsuffizienz. Pharm Ztg. 2006 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-082006/individualisierte-arzneimitteltherapie-bei-niereninsuffizienz/> (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[47] Laufs U, Böhm M, Kroemer HK, Schüssel K, Griesse N, Schulz M. Strategien zur Verbesserung der Einnahmetreue von Medikamenten. Strategies to improve medication adherence. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 1616-21.

[48] Patterson SM, Hughes C, Kerse N, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 5.

[49] Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: An update. Arch Intern Med. 1997; 28;157(14):1531-6.

[50] Schwalbe O, Freiberg I, Kloft C. Die Beers-Liste. Ein Instrument zur Optimierung der Arzneimitteltherapie geriatrischer Patienten. Med Monatsschr Pharm 2007; 30:244-48.

[51] Zieglmeier M. Das Update 2015 der Beers-Liste. Problematische Arzneistoffe für Senioren: Ein

Literatur

Überblick über die Aktualisierungen. Deutsche Apotheker Zeitung. 2015.

[52] Sinz M. Kriterien zur Bewertung der Pharmakotherapie älterer Patienten. Deutsche Apotheker Zeitung. 2011
http://media.dav-medien.de/sample/9783769252729_p.pdf (letzter Zugriff am 13.06.2020)

[53] O' Mahony D, O'Sullivan D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015; 44(2):213-8.

[54] Kuhn-Thiel AM, Weiß C, Wehling M, et al. Consensus validation of the FORTA (Fit for The Aged) List: a clinical tool for increasing the appropriateness of polypharmacotherapy in the elderly. Drugs Aging. 2014; 31(2):131-40.

[55] Voigt K, Gottschall M, Besimo Ch E, Hoffmann Th, Schübel J, Bergmann A. Potenziell inadäquate Medikationen bei älteren Patienten in der Hausarztpraxis. Ärzteblatt Sachsen. 2017.

[56] Hanlon JT, Schumacher KE. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been and where it may be going. Drugs Aging. 2013; (11): 893-900.

[57] Mühlhäuser U, Götz, K, Weinmayr LM, Steinhäuser J. DEGAM-Leitlinie "Multimorbidität" im Praxistest. Z Allg Med 2018; 94(2): 64-9.

[58] Grindrod KA, Patel P, Martin JE. What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing practices? Ann Pharmacother. 2006; 40(9):1546-57.

[59] Dhanani TC, Mantovani EH, Turner JR. Clinical pharmacists' opportunities to reduce inappropriate prescription of QT-prolonging medications: calls to action. Int J Pharm Pract. 2016

[60] Johansson T, Abuzahra ME, Keller S, et al. Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints - a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2016; 82:532-48.

[61] Nathan A, Goodyer L, Lovejoy A, Rashid A. 'Brown bag' medication reviews as a means of optimizing patients' use of medication and of identifying potential clinical problems. Fam Pract. 1999; 16(3):278-82.

[62] Klintworth D. Brown Bag: Alles kommt in die Tüte. Pharm Ztg. 2013; 46.

[63] Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. Med Care. 2010; 48(10):923-33.

[64] Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: evidence and recommendations for future research. Ann Pharmacother. 1999; 33(12):1336-55.

[65] Schneider P, Larrimer J, Visconti J, Miller W. Role effectiveness of a pharmacist in the maintenance of patients with hypertension and congestive heart failure. Contemp Pharm Pract. 1982 Spring; 5(2):74-9.

[66] Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. Journal of Interprofessional Care 2014; Vol. 28: Iss. 4.

[67] Hatah E, Braund R, Duffull SB, Tordoff J. General practitioners' views of pharmacists' current and potential contributions to medication review and prescribing in New Zealand. J Prim Health Care. 2013 Sep 1;5(3):223-33.

[68] Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. Res Social Adm Pharm. 2012; 8(1):36-46.

Literatur

- [69] Avery AJ, Rodgers S, Cantrill JA, et al. A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicenter, cluster randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2012; 379(9823): 1310-19.
- [70] Griesse N, Hämmerlein A, Schulz M. Ergebnisse der Aktionswoche „Arzneimittelbezogene Probleme“. *Pharm Ztg* 2006; 151(25) :2373-84.
- [71] Hämmerlein A, Müller U, Schulz M. Risiko: arzneimittelbezogene Probleme. *Diabetes-Forum* 2008; 5: 42-45.
- [72] Rollason V, Vogt N. Reduction of Polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003; 20(11): 817-32.
- [73] Schaefer M. Improving the Well-Being of Elderly Patients via Community Pharmacy-Based Provision of Pharmaceutical Care. A Multicentre Study in Seven European Countries. *Drugs Aging* 2001; 18(1) 63-67.
- [74] van Mil F, Schaefer M, Verheyen F, Schulz M. Arzneimittelbezogene Probleme in der Apotheke. *Pharm Ztg.* 2001; 146(16): 1308-14.
- [75] Sönnichsen A. Polypharmakotherapie - mehr Medikamente, weniger Gesundheit? *Z Allg Med* 2011; 3:108-10.
- [76] Grimmsmann T, Himmel W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009; 18(12):1206-13.
- [77] Cascorbi I. Drug interactions - principles, examples and clinical consequences. *Dtsch Arztebl Int.* 2012; 109(33-34):546-55.
- [78] Budnitz D, Lovegrove M, Shehab N, Richards C. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med.* 2011; 24:365(21):2002-12.
- [79] Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med.* 1991; 151(9):1825-32.
- [80] Köberlein-Neu J, Mennemann H, Hamacher S, et al. Interprofessional Medication Management in Patients With Multiple Morbidities. A Cluster-randomized Trial (the WestGem Study). *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113(44): 741-8.
- [81] Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5.Aufl. Weinheim, Germany: Beltz Verlag. 2002
- [82] Kardorff E, Steinke I, Flick U (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verl. 2009
- [83] Steckler A, McLeroy KR, Goodman RM, et al. Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction. *Health Education and Behavior* 1992; 19: 1–8.
- [84] Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg: Springer. 2006
- [85] Witt H. Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung [36 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 8. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2115> (letzter Zugriff am 13.06.2020)
- [86] Wolf W. Qualitative versus quantitative Forschung. In E. König & P. Zedler (Hrsg.), Bilanz qualitativer Forschung. Bd. I: Grundlagen qualitativer Forschung. Weinheim: Beltz. 1995; 309–29.
- [87] Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 2007

Literatur

- [88] Meyer T, Flick U. Methoden der qualitativen Forschung. Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G, Schrappe M (Hrsg.). Lehrbuch für Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung.: 296–302
- [89] Schütze F. Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: Erzähltheoretische Grundlagen. Teil I: Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können. Hagen: Studienbrief der Fernuniversität Hagen. 1987
- [90] Fischer-Rosenthal W, Rosenthal G. Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In: Hitzler R, Honer A (Hrsg.). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Opladen: Leske und Budrich, 1997: 133-64.
- [91] Scheer D, Konrad W, Scheel O, et al. Fokusgruppen im Mixed Method-Design: Kombination einer standardisierten und qualitativen Erhebung. Schulz M, Mack B, Renn O, (Hrsg). 2012: Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Heidelberg: Springer VS; 148-68.
- [92] Schreier M. Qualitative Stichprobenkonzepte. In Naderer G und Balzer E (Hrsg.). Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. 2011; 241-56.
- [93] Richard A, Krueger M, Casey A. Focus groups: A practical Guide for Applied Research. 2000
- [94] Barbour R, Flick U. Doing focus groups. Sage publications. 2009
- [95] Morgan DL. Successful focus groups. Advancing the state of the art. Newbury Park: Sage 1993
- [96] Lamnek S. Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 2010
- [97] Charmaz K. Constructing Grounded Theory, A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London, Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. 2006
- [98] Jaber F, Gubrium JA, Holstein AB, et al. The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft. London: Sage. 2012
- [99] Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? Journal of Advanced Nursing. 1997; 26, 623-30.
- [100] Garfinkel, D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. Ther Adv Drug Saf. 2018
- [101] Balon J, Thomas SA. Comparison of hospital admission medication lists with primary care physician and outpatient pharmacy lists. J Nurs Scholarsh 2011;43: 292–300.
- [102] Muth C, Beyer M, Zint K, et al. A matter of attention: inconsistencies between prescription and drug intake in elderly multimorbid patients in primary care. Eur J General Practice 2009; 15:46.
- [103] Schmiemann G, Bahr M, Gurjanov A, Hummers-Pradier E. Differences between patient medication records held by general practitioners and the drugs actually consumed by the patients. Int J Clin Pharmacol Ther 2012; 5(8): 614-17.
- [104] Durbin J, Hansen MM, Sinkowitz-Cochran R, Cardo D. Patient safety perceptions: a survey of Iowa physicians, pharmacists, and nurses. American Journal of Infection Control 2006, 34(1):25-30.
- [105] Macgregor P. Pharmacists for Patient Safety. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy. 2015; 68(3):270.
- [106] Rose O, Mennemann H, John C, et al. Priority setting and influential factors on acceptance of

Literatur

pharmaceutical recommendations in collaborative medication reviews in an ambulatory care setting - analysis of a cluster randomized controlled trial (WestGemStudy). PLoS One 2016; 11.

[107] Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. Ann Pharmacother. 2010; 44(4):650-7.

[108] Pulst A, Justus I, Schmiemann G. Kommunikation zwischen Apothekern und Ärzten bei potenziell schweren Arzneimittelinteraktionen. Physician - Pharmacist Communication about Potentially Severe Drug Interactions. Dtsch med Wochenschr 2018; 143(04).

[109] Korzilius, H. Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen: „Der Patient gewinnt ganz klar“. Dtsch Arztebl 2015; 112(45): A-1862.

[110] Gallagher RM, Gallagher HC. Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is interprofessional education the answer? Adv in Health Sci Educ. 2012; 17:247-57.

8 Anhang

8.1 Übersicht über die interviewten Patienten

Name	Alter	Anzahl der verschreibungspflichtigen Medikamente
Frau Pabst	78	5
Herr Pape	75	8
Herr Paul	77	12
Herr Peters	82	11
Frau Pfeffer	83	6
Herr Pfennig	46	5
Frau Prinz	82	5

8.2 Übersicht über die interviewten Apotheker

Name	Alter	Berufserfahrung in Jahren
Frau Adam	34	11
Frau Ahrens	44	21
Frau Ammer	31	8
Frau Anders	36	12
Frau Aster	34	10
Frau Aust	34	6

8.3 Übersicht über die interviewten Hausärzte

Name	Alter	Berufserfahrung in Jahren
Frau Dr. Haase	62	41
Herr Dr. Hahn	69	45
Frau Dr. Hartmann	57	33
Herr Dr. Henning	37	4
Herr Dr. Hesse	45	16
Frau Dr. Holm	58	34
Herr Dr. Holz	75	53

8.4 Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig durchgeführt und verfasst habe. Die verwendeten Quellen und Hilfsmittel sind im Text kenntlich gemacht und im Literaturverzeichnis vollständig aufgeführt. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer Prüfungsbehörde zur Erlangung eines akademischen Grades vorgelegt.

Hartenholm, 15.06.2020

.....

(Mona Carolin Koudmani)

8.5 Danksagung

Mein Dank gilt besonders Herrn Prof. Dr. med. Attila Altiner für die Überlassung des Themas der Promotion.

Außerdem gilt mein besonderer Dank Frau Dr. rer. pol. Christin Löffler für die persönliche und freundliche Unterstützung in allen Phasen meiner Dissertation.

Weiterhin möchte ich mich bei allen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin in Rostock für die gute Zusammenarbeit und konstruktive Kritik bedanken.

Ein ganz besonderer Dank geht an alle Patienten, Apotheker und Hausärzte, die an den offenen Interviews und Fokusgruppendifkussionen teilgenommen haben.

Ebenso möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Ehemann Ole Koudmani, meinen Eltern, sowie meinen Freunden für die Unterstützung und Geduld bedanken.